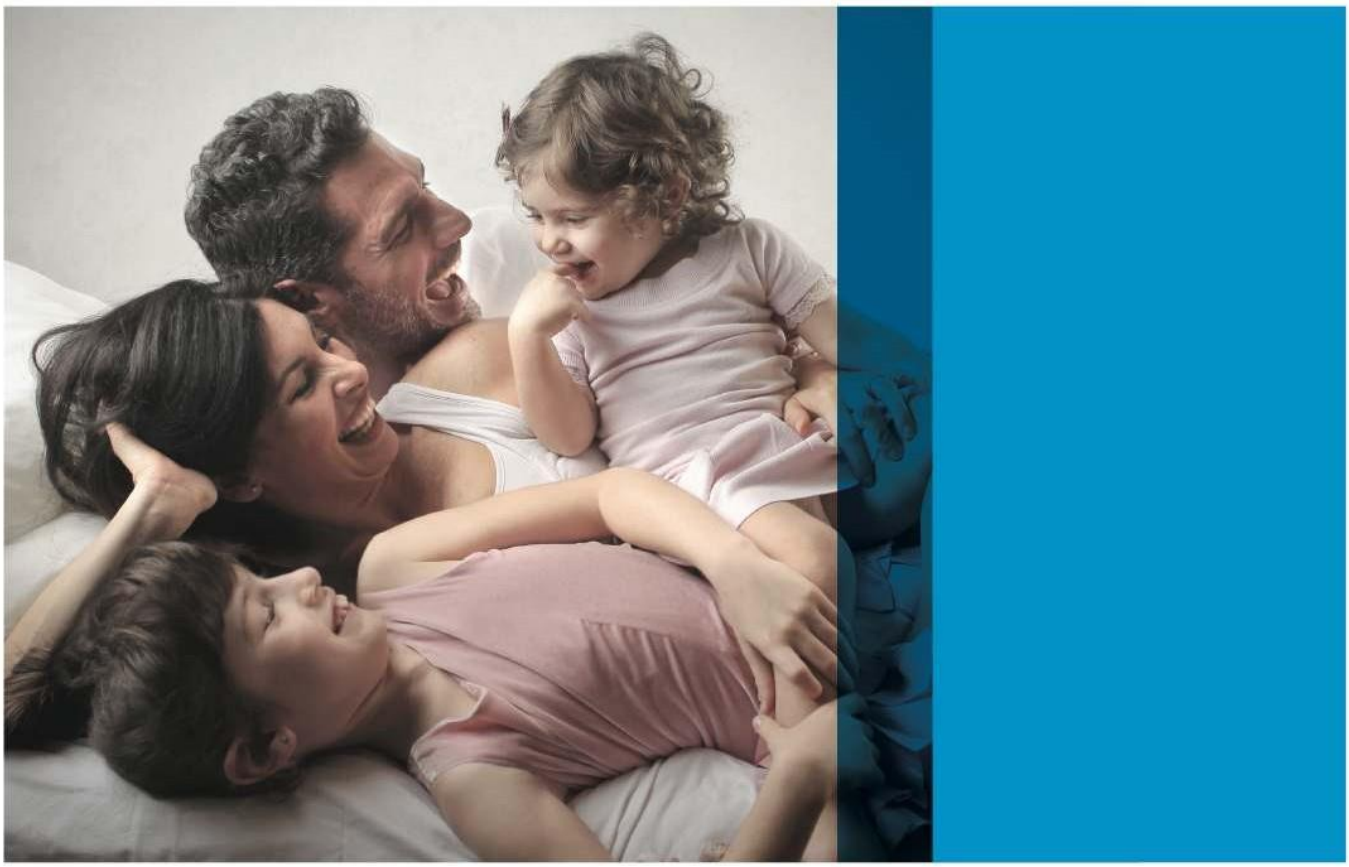
Il set informativo della tua polizza. Conservalo con cura.



MetLife

Insieme a te nella vita, passo dopo passo

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Cura Quotidiana – NoStop

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

I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:

- **DIP Danni - Documento informativo precontrattuale danni**
- **DIP aggiuntivo Danni - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo danni**
- **Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa Privacy**

Garanzia aggiuntiva gratuita

Esonero dal pagamento dei premi

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia esonera il contraente della polizza *Cura Quotidiana – NoStop* dal pagamento dei premi in caso di perdita involontaria di impiego o inabilità temporanea totale

Per maggiori informazioni consulta le Condizioni di assicurazione relative alla garanzia aggiuntiva gratuita che troverai allegate in calce al presente documento

Il contratto è stato predisposto secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari" redatte da ANIA il 6 febbraio 2018.

Mod. CQWOPDM Ed. 2021/09

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: Brenda Dunne (cittadina irlandese), Lyndon Oliver (cittadino americano), Edward Palmer (cittadino inglese), Eilish Finan (cittadina irlandese, 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 Assicurative.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)

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

Prodotto:
Cura Quotidiana – NoStop

Questo documento è stato realizzato in data 01/09/2021 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **facoltativa** che ha lo scopo di proteggere l'assicurato in caso di infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero.

Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Frattura ossea** da infortunio
  Somma assicurata: indennizzo variabile in base al tipo di frattura diagnosticata e al piano assicurativo scelto, indicato nel Certificato di Assicurazione.
- ✓ **Commozione cerebrale** da infortunio
  Somma assicurata: indennizzo variabile in base al piano assicurativo scelto, indicato nel Certificato di Assicurazione.
- ✓ **Lussazione** da infortunio
  Somma assicurata: indennizzo variabile in base al tipo di lussazione diagnosticata e al piano assicurativo scelto, indicato nel Certificato di Assicurazione.

La prestazione massima per assicurato e per annualità assicurativa varia in base al piano assicurativo scelto ed è indicata nel Certificato di Assicurazione.

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione *"A chi è rivolto questo prodotto?"* del DIP aggiuntivo Danni;
- ✗ percepiscono una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

Ci sono limiti di copertura?

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

- ! guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione generale, occupazione militare ed invasione; se l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dallo Stato della Città del Vaticano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- ! danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- ! delitti dolosi compiuti dall'assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- ! abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ! alcolismo acuto o cronico;
- ! tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere;
- ! attività sportive remunerate;
- ! viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- ! infortunio antecedente alla data di inizio della polizza;
- ! malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'infortunio;
- ! infarto.

Dove vale la copertura?

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'assicurato si rechi all'estero per un periodo massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.

Che obblighi ho?

Hai il dovere di pagare il premio.
In caso di sinistro, devi comunicarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia presentando i documenti elencati nel modulo di denuncia.

Quando e come devo pagare?

Il premio è annuale e comprensivo di imposta. Se preferisci, puoi pagare il premio con cadenza mensile, trimestrale o semestrale senza costi aggiuntivi. Il primo mese di durata della polizza è gratuito.
Puoi scegliere di pagare il premio con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario o BancoPosta oppure con la tua carta di credito.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 della data di acquisto della polizza.
La polizza ha durata annuale. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità e il contraente non abbia ancora compiuto 75 anni.

Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento puoi recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla data del suo acquisto. In tal caso la polizza sarà annullata e ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato.

Puoi in ogni caso disdire la polizza alla sua scadenza annuale, con almeno 30 giorni di preavviso, oppure ad ogni ricorrenza di pagamento del premio (mensile, trimestrale o semestrale). In tal caso la polizza cessa ed il premio non sarà più dovuto.

Per recedere o disdire la polizza puoi chiamare il servizio clienti al numero gratuito 800.319.665 oppure inviare una lettera raccomandata A/R alla Compagnia all'indirizzo: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni (DIP aggiuntivo Danni)

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

Prodotto: Cura Quotidiana – NoStop

Questo documento è stato realizzato in data 01/09/2021 ed è l'ultimo disponibile.

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

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

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

MetLife Europe d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.
MetLife Europe d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) ed è soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

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

Al contratto si applica la legge italiana.

Che cosa è assicurato?

Frattura ossea da Infortunio	Nel caso in cui sia diagnosticata all'assicurato una frattura ossea a seguito di infortunio tra quelle di seguito riportate, l'Impresa corrisponde al beneficiario l'indennizzo previsto dal piano assicurativo scelto al momento dell'acquisto della polizza. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ la frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'infortunio. **FRATTURE OSSEE GARANTITE** Le fratture ossee garantite e i relativi indennizzi sono indicati nel Certificato di assicurazione. La frattura ossea può riguardare le seguenti parti del corpo: anca, bacino; femore, tallone; gamba, cranio, clavicola, gomito, braccio e avambraccio; fratture di colles; scapola, rotula, sterno, mano, piede; colonna vertebrale; mascella inferiore e superiore; una o più costole, zigomo, coccige, naso, uno o più dita del piede, uno o più dita della mano.
Commozione cerebrale da Infortunio	Nel caso in cui sia diagnosticata all'assicurato una commozione cerebrale a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde al beneficiario l'indennizzo previsto dal piano assicurativo scelto al momento dell'acquisto della polizza. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ 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.
Lussazione da Infortunio	Nel caso in cui sia diagnosticata all'assicurato una lussazione a seguito di infortunio tra quelle di seguito riportate, la l'Impresa corrisponde al beneficiario l'indennizzo previsto dal piano assicurativo scelto al momento dell'acquisto della polizza. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ la lussazione sia confermata da esami strumentali; ▪ la riduzione della lussazione sia effettuata in istituto di cura e sia eseguita da personale medico. **LUSSAZIONI GARANTITE** Le lussazioni garantite e i relativi indennizzi sono indicati nel Certificato di Assicurazione. La lussazione può riguardare le seguenti parti del corpo: colonna vertebrale, anca, ginocchio, polso o gomito, caviglia, spalla o mascella, uno o più dita del piede o della mano.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Piano assicurativo	Al momento dell'acquisto della polizza è possibile scegliere tra diversi piani assicurativi, ciascuno dei quali prevede somme assicurate differenti. Il premio varia in base al piano assicurativo scelto.
Opzioni contrattuali	Al momento dell'acquisto della polizza, in alternativa all'opzione Individuo, a protezione del solo contraente, è possibile scegliere: ▪ l'opzione Coppia, che estende la copertura assicurativa ad un'altra persona a scelta tra il coniuge/partner civile/convivente more uxorio oppure un figlio del contraente; ▪ l'opzione Famiglia, che estende la copertura assicurativa al coniuge/partner civile/convivente more uxorio e ai figli del contraente.

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

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

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	**Denuncia di sinistro:** i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al Numero Verde 800.319.665.
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: l'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. II 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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare di percepire una pensione di invalidità) possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa si impegna al pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi: a) se, in corso di contratto, perdi i requisiti di assicurabilità o diventi soggetto non assicurabile; b) recesso dal contratto. Nel caso a) l'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto; Nel caso b) l'Impresa effettua il rimborso del premio al lordo delle imposte.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza cessa: ▪ in caso di decesso; ▪ se, in corso di contratto, perdi i requisiti di assicurabilità o diventi soggetto non assicurabile; ▪ in caso di recesso dal contratto; ▪ in caso di disdetta del contratto.
Sospensione	Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se, successivamente al primo mese gratuito, non paghi il premio o la prima rata di premio dovuta alla scadenza convenuta, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati. Allo stesso modo se, alle scadenze convenute, non paghi le rate di premio successive, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati. Puoi riattivare la polizza versando le rate di premio mancanti. In questo caso, la polizza riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto dovuto, senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della polizza non saranno indennizzati.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili le persone che al momento dell'acquisto della polizza:
- sono residenti in Italia;
- sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- hanno un'età compresa tra 18 e 69 anni con riferimento al contraente ed al coniuge/partner civile/convivente more uxorio del contraente e fino a 69 anni con riferimento ai figli del contraente.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio)	20,00% del premio netto imposte

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati: **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 all'Impresa 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.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS – Servizio tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it. 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.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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 rifiuti di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. 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).

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Infortuni Cura Quotidiana – NoStop

Questo documento è stato realizzato in data 01/09/2021 ed è l'ultimo disponibile

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

INDICE

GLOSSARIO 2

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI 3

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto 3

Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo 3

2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto 3

2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo 3

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo 3

2.4 – Recesso 4

2.5 – Disdetta 4

Art. 3 – Premio assicurativo 4

3.1 – Premio 4

3.2 – Modalità di pagamento del Premio 4

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi 4

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti 5

Art. 5 – Aggravamento e Diminuzione del rischio in corso di Contratto 5

Art. 6 – Legge applicabile 5

Art. 7 – Prescrizione 5

Art. 8 – Risoluzione delle controversie 5

8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione 5

8.2 – Arbitrato 5

Art. 9 – Valuta 5

Art. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione 5

Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione 5

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO 6

Art. 12 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali 6

12.1 – Programma Assicurativo 6

12.2 – Opzioni contrattuali 6

Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie 6

Art. 14 – Piano assicurativo e Somma assicurata 6

Art. 15 – Persone assicurabili 6

Art. 16 – Limitazioni valide per tutte le garanzie 6

16.1 – Esclusioni 6

16.2 – Prestazione massima 6

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO 7

Art. 17 – Frattura ossea a seguito di Infortunio 7

Art. 18 – Commozione cerebrale a seguito di Infortunio 7

Art. 19 – Lussazione a seguito di Infortunio 7

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO 7

Art. 20 – Denuncia di Sinistro 7

Art. 21 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro 8

Art. 22 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro 8

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI 8

Art. 23 – Richiesta di Informazioni 8

Art. 24 – Reclami 8

24.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni 8

24.2 – Reclami all'Intermediario 8

24.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza 9

INFORMATIVA PRIVACY 10

ALLEGATI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

GLOSSARIO

Addebito diretto Sepa (SDD): strumento di pagamento mediante il quale il debitore (Contraente) in base ad un accordo preliminare (mandato) autorizza il creditore (Compagnia) a disporre addebiti sul proprio conto corrente per pagamenti ricorrenti o singoli.

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

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

Assicurato: la persona fisica sulla cui persona viene stipulato il Contratto, vale a dire:
- il Contraente, se è stata scelta l'opzione Individuo;
- i componenti della Coppia, se è stata scelta l'opzione Coppia;
- i componenti del Nucleo Familiare, se è stata scelta l'opzione Famiglia.

Beneficiario: l'Assicurato.

Certificato di Assicurazione: il documento che prova il 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'acquisto della Polizza tramite Telefonia vocale da parte del Contraente, in conformità con quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento IVASS n. 40/2018.

Contraente: la persona fisica che acquista la Polizza e corrisponde il Premio.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con la Compagnia mediante Telefonia vocale.

Coppia: comprende le persone fisiche di seguito indicate:
- il Contraente;
- una delle seguenti persone a scelta del Contraente:
  - il coniuge del Contraente non divorziato o separato legalmente, presente nello stato di famiglia;
  - il partner unito civilmente con il Contraente (l. 76/2016) non divorziato;
  - il convivente more uxorio del Contraente stabilmente convivente con il Contraente nella stessa residenza;
  - un figlio del Contraente, compreso il minore legalmente affidato od adottato, che sia presente nello stato di famiglia e sia fiscalmente "a carico".

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

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

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

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

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

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 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 (IDC-9 del OMS) e successive modifiche.

Nucleo familiare: comprende le persone fisiche di seguito indicate:
- il Contraente;
- una delle seguenti persone a scelta del Contraente:
  - il coniuge del Contraente non divorziato o separato legalmente, presente nello stato di famiglia;
  - il partner unito civilmente con il Contraente (l. 76/2016) non divorziato;
  - il convivente more uxorio del Contraente, stabilmente convivente con il Contraente nella stessa residenza;
- i figli del Contraente, compresi i minori legalmente affidati o adottati, che siano presenti nello stato di famiglia e siano fiscalmente "a carico".

Premio: la somma versata alla Compagnia per le garanzie offerte.

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 che comporti almeno un pernottamento, disposta da personale medico e documentata da cartella clinica. Resta inteso che la permanenza in Istituto di cura o Pronto Soccorso senza che sia disposto il Ricovero da parte di personale medico non è indennizzabile a termini di Polizza.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è offerto il Programma Assicurativo.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per la Conclusione del Contratto tra le dette parti.
Telefonia vocale: Tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la Conclusione del Contratto mediante l'uso del telefono.

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una Polizza **facoltativa** che ha lo scopo di proteggere l'Assicurato in caso di Infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero.
Sono inclusi nel Programma Assicurativo 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, negligenza e colpa anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici e fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità civili e militari durante servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi ed i voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;**
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) insurrezione, occupazione militare ed invasione **per un periodo massimo di 14 giorni** dall'inizio delle ostilità, se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dallo Stato della Città del Vaticano in un paese fino ad allora in pace;
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza **che non siano provocati dall'abuso di psicofarmaci, dall'uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico o da Alcolismo**;
- le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti**.

La Compagnia assume il rischio sulla base delle comunicazioni del Contraente.

Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo

2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'acquisto della Polizza tramite Telefonia vocale da parte del Contraente, anche nel caso in cui quest'ultimo non dovesse sottoscrivere e restituire alla Compagnia il Certificato di assicurazione ricevuto.
Resta inteso che l'Assicurato, prima della conclusione del Contratto, potrà scegliere la modalità di trasmissione (formato cartaceo o elettronico) della documentazione contrattuale e precontrattuale, nonché di eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto, e sarà informato circa la possibilità di cambiare, anche in corso di Contratto, la modalità prescelta senza alcun costo a suo carico.

2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 della data di acquisto della Polizza e rimane in vigore per un anno, **a condizione che il Premio sia pagato**.
Salvo disdetta, da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 2.5, il Programma Assicurativo si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che alla data del rinnovo il Contraente:

- sia in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a) e b);
- non percepisca una pensione di invalidità ai sensi dell'art. 15;
- non abbia ancora compiuto 75 anni;

Se è stata selezionata l'**opzione Coppia**, il Programma Assicurativo non si rinnova nei confronti dell'altro componente della Coppia qualora quest'ultimo, alla data del rinnovo, abbia già compiuto 75 anni. In tal caso il Contraente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo l'opzione Individuo.

Se è stata selezionata l'**opzione Famiglia**, il Programma Assicurativo non si rinnova nei confronti dei componenti del Nucleo familiare che, alla data del rinnovo, abbiano già compiuto 75 anni. In tal caso, se i soggetti assicurabili del Nucleo familiare diventano meno di 3, il Contraente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo l'opzione Coppia o Individuo.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

a) in caso di decesso del Contraente;
b) se il Contraente perde i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a), b) o inizia a percepire una pensione di invalidità ai sensi dell'art. 15;
c) in caso di recesso dal Contratto;
d) in caso di disdetta del Contratto.

Nei casi a), d) non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nel caso b) la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.
Nel caso c) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 2.4.

Se è stata selezionata l'**opzione Coppia**, il Programma Assicurativo cessa nei confronti dell'altro componente della Coppia qualora quest'ultimo perda i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a), b) o inizi a percepire una pensione di invalidità ai sensi dell'art. 15. In tal caso il Contraente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo l'opzione Individuo.

Se è stata selezionata l'**opzione Famiglia**, il Programma Assicurativo cessa nei confronti dei componenti del Nucleo familiare qualora perdano i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a), b) o inizino a percepire una pensione di invalidità ai sensi dell'art. 15. In tal caso, se i soggetti assicurabili del Nucleo familiare diventano meno di 3, il Contraente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo l'opzione Coppia o Individuo.

2.4 – Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, **entro 60 giorni** dalla data di conclusione del medesimo, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla stessa una **lettera raccomandata A/R**. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della 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.

Dopo ogni Sinistro, il Contraente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Contratto, dandone comunicazione all'altra parte con **lettera raccomandata A/R**, **entro 60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo. Il Contraente ha inoltre la possibilità di contattare la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**.
Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione. In tal caso, la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

2.5 – Disdetta

Il Contraente e la Compagnia hanno diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale del medesimo, dandone comunicazione all'altra parte con **lettera raccomandata A/R** e con **preavviso di almeno 30 giorni** sulla data di scadenza. Il Contraente ha inoltre la possibilità di contattare la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza annuale del Contratto ed il Contratto non sarà più rinnovato.

In caso di frazionamento del Premio, il Contraente ha inoltre la possibilità di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla stessa una **lettera raccomandata A/R**. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il Premio ed il Contratto non sarà più rinnovato.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione, in base all'opzione contrattuale e al piano assicurativo scelti al momento dell'acquisto della Polizza.
Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio viene corrisposto alla Compagnia tramite Addebito diretto Sepa sul conto corrente bancario o BancoPosta o carta di credito intestata al Contraente, con la frequenza scelta dal medesimo ed indicata nel Certificato di assicurazione.
La Compagnia consente il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale del Premio senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente. Il primo mese di Durata del Programma Assicurativo è gratuito.

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se, successivamente al primo mese gratuito, il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio da lui dovuta alla scadenza convenuta, 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 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.
Il Contraente può 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 indennizzati dalla Compagnia.

Il Contraente dovrà assicurarsi che sul conto corrente bancario o BancoPosta o sulla carta di credito utilizzato/a per i pagamenti del Premio tramite addebito diretto vi siano fondi sufficienti. In caso di variazione dei dati relativi al conto corrente bancario o BancoPosta o alla carta di credito, il Contraente dovrà darne notizia alla Compagnia entro e non oltre **5 giorni** dalla data di variazione. Resta inteso che, qualora il pagamento del Premio non vada a buon fine per causa non imputabile al Contraente, il Programma Assicurativo non sarà sospeso, fermo l'onere per il Contraente di attivarsi senza ritardo ai fini della soluzione del problema.

Art. 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. 5 – Aggravamento e Diminuzione del rischio in corso di Contratto

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. 15.

Art. 6 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 7 – Prescrizione

Le garanzie di cui al presente Contratto sono classificate nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. II 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.
Eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno pertanto indennizzati dalla Compagnia.

Art. 8 – Risoluzione delle controversie

8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione

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 della Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

8.2 – Arbitrato

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

Art. 9 – 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. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altri contratti di assicurazione per lo stesso rischio.
Non è possibile concludere più di una Polizza *Cura Quotidiana – NoStop* per la stessa persona fisica. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, la Compagnia considererà valido esclusivamente il Contratto concluso con la data più remota e restituirà al Contraente i premi incassati, al netto delle imposte, in relazione ai contratti conclusi successivamente.

Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia al diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'Infortunio per il recupero dell'Indennizzo pagato.

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 12 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali

12.1 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- **Frattura ossea** a seguito di Infortunio;
- **Commozione cerebrale** a seguito di Infortunio;
- **Lussazione** a seguito di Infortunio.

12.2 – Opzioni contrattuali

Il Contraente, al momento dell'acquisto della Polizza, può scegliere una delle seguenti opzioni contrattuali:

- **opzione Individuo**: le garanzie operano a favore del Contraente;
- **opzione Coppia**: le garanzie operano a favore della Coppia, così come definita nel Glossario;
- **opzione Famiglia**: le garanzie operano a favore del Nucleo Familiare, così come definito nel Glossario.

Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, a **condizione che l'Assicurato si rechi all'Estero per un periodo massimo di 60 giorni per Annualità assicurativa**.

Art. 14 – Piano assicurativo e Somma assicurata

Il Contraente, al momento dell'acquisto della Polizza, può scegliere tra diversi piani assicurativi, ciascuno dei quali prevede somme assicurate differenti. Il Premio varia in base al piano assicurativo scelto.
Il piano assicurativo scelto e le corrispondenti somme assicurate sono indicate nel Certificato di assicurazione.

Art. 15 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche che al momento dell'acquisto della Polizza:

a) siano residenti in Italia;
b) siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
c) abbiano un'età compresa tra 18 e 69 anni con riferimento al Contraente ed al coniuge/partner civile/convivente more uxorio del Contraente e fino a 69 anni con riferimento ai figli del Contraente.

Non sono assicurabili le persone fisiche che percepiscano una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

> Si rinvia a quanto stabilito all'art. 2.3, qualora l'Assicurato dovesse perdere i requisiti di assicurabilità o diventare soggetto non assicurabile **in corso di Contratto**.

Art. 16 – Limitazioni valide per tutte le garanzie

> La Compagnia non sarà tenuta a prestare alcuna garanzia 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.

16.1 – Esclusioni

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- **guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione generale, occupazione militare ed invasione; se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dallo Stato della Città del Vaticano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;**
- **danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;**
- **delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;**
- **abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;**
- **Alcolismo;**
- **tentato suicidio e atti di autolesionismo;**
- **uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere;**
- **attività sportive remunerate;**
- **viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;**
- **Infortunio antecedente alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo;**
- **Malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'Infortunio;**
- **infarto.**

16.2 – Prestazione massima

La prestazione massima indennizzabile per Assicurato e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero delle fratture ossee, delle commozioni cerebrali e delle lussazioni diagnosticate durante l'Annualità assicurativa medesima, è indicata nel Certificato di assicurazione.

Esempio

Considerata una prestazione massima indennizzabile per Annualità assicurativa pari a € 9.000,00, qualora nell'arco della medesima Annualità assicurativa siano diagnosticate all'Assicurato:

- *più fratture multiple del braccio, di cui una composta/scomposta e una esposta (Indennizzo € 3.000,00);*
- *più fratture multiple del femore, di cui una composta/scomposta e una esposta (Indennizzo € 3.000,00);*
- *una Lussazione della colonna vertebrale (Indennizzo € 2.250,00);*
- *una Commozione cerebrale (Indennizzo € 1.313,00);*

la Compagnia corrisponderà all'Assicurato un Indennizzo pari a € 9.000,00.

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 17 – Frattura ossea a seguito di Infortunio

Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una Frattura ossea a seguito di Infortunio tra quelle indicate nel Certificato di Assicurazione, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario l'Indennizzo previsto dal piano assicurativo scelto dal Contraente al momento dell'acquisto della Polizza.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

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

FRATTURE OSSEE GARANTITE

Le fratture ossee garantite e i relativi indennizzi sono indicati nel Certificato di Assicurazione. La Frattura ossea può riguardare le seguenti parti del corpo: anca, bacino; femore, tallone; gamba, cranio, clavicola, gomito, braccio e avambraccio; fratture di colles; scapola, rotula, sterno, mano, piede; colonna vertebrale; mascella inferiore e superiore; una o più costole, zigomo, coccige, naso, uno o più dita del piede, uno o più dita della mano.

Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzi che l'Assicurato sia affetto da osteoporosi o da altra Malattia delle ossa, la garanzia Frattura ossea a seguito di Infortunio opera con riferimento al Sinistro denunciato, dopodiché cesserà. Resta inteso che l'Assicurato potrà continuare ad usufruire di tutte le altre garanzie previste dal Programma Assicurativo. In caso di più assicurati, la garanzia Frattura ossea a seguito di Infortunio continua ad operare nei confronti delle altre persone assicurate.

Art. 18 – Commozione cerebrale a seguito di Infortunio

Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una Commozione cerebrale a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario l'Indennizzo previsto dal piano assicurativo scelto dal Contraente al momento dell'acquisto della Polizza.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- **l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;**
- **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.**

Art. 19 – Lussazione a seguito di Infortunio

Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una Lussazione a seguito di Infortunio tra quelle di seguito riportate, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario l'Indennizzo previsto dal piano assicurativo scelto dal Contraente al momento dell'acquisto della Polizza.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- **l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;**
- **la Lussazione sia confermata da esami strumentali;**
- **la riduzione della Lussazione sia effettuata in Istituto di cura e sia eseguita da personale medico.**

LUSSAZIONI GARANTITE

Le lussazioni garantite e i relativi indennizzi sono indicati nel Certificato di Assicurazione. La Lussazione può riguardare le seguenti parti del corpo: colonna vertebrale, anca, ginocchio, polso o gomito, caviglia, spalla o mascella, uno o più dita del piede o della mano.

Qualora l'Assicurato subisca la Lussazione di 2 o più dita delle mani o dei piedi in conseguenza del medesimo Sinistro, la Compagnia corrisponderà una sola prestazione.

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

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 20 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet **www.metlife.it** nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet **www.sinistrimetlife.it** o in alternativa telefonare al Numero Verde **800.319.665**.

La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. 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, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione in relazione alla storia e alla natura del Sinistro. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

Art. 21 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Frattura ossea a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esami strumentali attestanti la Frattura ossea

Commozione cerebrale a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esami strumentali attestanti la Commozione cerebrale

Lussazione a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esami strumentali attestanti la Lussazione

In tutti i casi sarà necessario anche allegare:

- se il Sinistro riguarda il coniuge o il figlio del Contraente, Stato di famiglia del Contraente al momento del Sinistro in originale;
- se il Sinistro riguarda il partner civile del Contraente, documentazione attestante l'unione civile in originale;
- se il Sinistro riguarda il convivente more uxorio del Contraente, certificato di residenza del convivente more uxorio al momento del Sinistro in originale.

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

Art. 22 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nella Sezione III per ciascuna garanzia offerta.
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.

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 23 – 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 contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**, attraverso il sito web **www.metlife.it** cliccando su "Assistenza Clienti", oppure scrivendo all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.
L'Assicurato ha inoltre la possibilità 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. 24 – Reclami

24.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami 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.

24.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati direttamente alla sua sede e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Ove il

reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

24.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi a

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.

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,
Siamo **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia** e **MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**, con sede amministrativa in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma e sede legale in Irlanda, in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 (di seguito "**MetLife**" o "**Società**"). MetLife rivestirà il ruolo di titolare del trattamento dei suoi dati personali.
MetLife crede fortemente nella protezione della riservatezza e della sicurezza dei dati personali della propria clientela. Questo documento si riferisce alla nostra "Informativa Privacy" e descrive come utilizziamo i suoi dati personali che raccogliamo e riceviamo nel rispetto della Legge Italiana in materia di Privacy (D.Lgs n. 196/2003 o "Codice Privacy", sue successive modifiche e integrazioni, Regolamento (UE) 2016/679 o "GDPR" e relativa legge di attuazione).
Desideriamo informarla che, al fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, nonché per verificare la qualità dei servizi resi, MetLife ha bisogno di trattare i soli dati personali che la riguardano necessari per stipulare ed eseguire il contratto (es. nome, recapiti, incluso e-mail e numeri telefonici, età, data di nascita, sesso, occupazione, etc.) che possono essere acquisiti:

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

Tenuto conto che nella stipula e gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe fornire dati di terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo (ad es. per la designazione beneficiaria o del referente terzo, per l'estensione della copertura ad altri soggetti, quali il nucleo familiare, testimoni, etc.) le precisiamo che è suo onere, fornire la presente informativa ai terzi suddetti, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.
Ai fini dell'emissione e gestione della polizza, potrebbe fornire a MetLife o agli altri intermediari assicurativi che collaborano con MetLife, eventuali dati che la normativa qualifica come "particolari categorie di dati personali" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. la liquidazione di un eventuale sinistro). Per "dato particolare" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale.
Il conferimento dei suoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo (es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa antiriciclaggio o per effettuare le verifiche di coerenza del prodotto assicurativo offerto ai suoi bisogni assicurativi). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti, né di contattarla per esigenze legate alla gestione del contratto.
Desideriamo inoltre informarla che La presente Informativa viene resa da MetLife anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. "catena assicurativa", ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007.

Quali sono i suoi diritti?

Il diritto ad essere informati attraverso un'informativa chiara, trasparente e facilmente comprensibile in merito ai suoi diritti e al trattamento dei suoi dati personali, incluse le particolari categorie di dati.
Il diritto di accesso ai suoi dati personali oggetto di trattamento da parte nostra, per verificare che stiamo utilizzando i suoi dati personali nel rispetto della Legge in materia di protezione dei dati.
Il diritto di rettifica per ottenere la correzione dei suoi dati personali se imprecisi o non corretti.
Il diritto alla cancellazione dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuare ad utilizzarli (c.d. "diritto all'oblio"). Non si tratta di un diritto assoluto alla cancellazione. Potremmo avere il diritto o l'obbligo di conservare alcune informazioni, ad esempio nel caso in cui ciò sia necessario per adempiere ad un obbligo legale - incluso il mantenimento della copertura assicurativa per il tempo contrattualmente previsto - o qualora vi sia un altro valido motivo giuridico per conservarle.
Il diritto alla limitazione del trattamento. In alcune situazioni lei ha il diritto di "bloccare" o limitare un ulteriore utilizzo delle sue informazioni. Quando il trattamento viene limitato, possiamo ancora archiviare le sue informazioni ma non utilizzarle ulteriormente. Teniamo inoltre degli elenchi delle persone che hanno fatto richiesta per "bloccare" un utilizzo ulteriore dei loro dati personali, al fine assicurare che la limitazione del trattamento venga rispettata in futuro.
Il diritto alla portabilità dei dati. Ha il diritto di ottenere copia di alcuni dei suoi dati personali che tratteniamo e riutilizzarli e condividerli per i suoi scopi personali. Il diritto alla portabilità si applica solamente:

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

Il diritto di opporsi al trattamento. Ha il diritto ad opporsi a certi tipi di trattamento dei dati, incluso quello per finalità di marketing diretto (che facciamo solo previo suo consenso).
Diritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione. Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non elegibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il o raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisioni automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a info.privacy@metlife.it.
Fatti salvi i diritti sopra indicati, informiamo che, coerentemente con la normativa vigente, in caso di richieste pretestuose, manifestamente infondate e ripetitive, ci riserviamo la possibilità di addebitare un contributo spese in base ai costi amministrativi sostenuti.

Come contattarci o chiedere aiuto

Per ogni domanda o richiesta di aiuto in relazione alla nostra Informativa Privacy, la preghiamo di contattare il nostro **Responsabile della protezione dei dai personali**, i cui recapiti sono di seguito riportati: **Telefono: (+39) 06 492161 o e-mail info.privacy@metlife.it.**
La preghiamo di contattarci nel caso in cui non fosse soddisfatto delle modalità in cui raccogliamo, condividiamo o utilizziamo i suoi dati personali o per revocare il consenso precedentemente reso, ove possibile. Potrà contattarci utilizzando i recapiti sopra riportati. Nel caso in cui non dovesse ritenersi soddisfatto della nostra risposta, ha il diritto di presentare un reclamo all' Autorità Garante per la Protezione dei dati personali, Piazza Monte Citorio, 121 - 00186, Roma, Tel: **(+39) 06.696771** o visitando il sito **www.garanteprivacy.it**.

Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, e-mail, messaggi SMS, messaggistica istantanea o attraverso altri mezzi di comunicazione elettronici. Archiviamo le chiamate ed altre registrazioni di comunicazioni in sicurezza secondo quanto

previsto dalle nostre politiche di conservazione dalle altre Leggi applicabili. L'accesso a tali registrazioni è limitato agli individui che hanno la necessità di accedervi per le finalità indicate nella presente Informativa.

Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

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

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

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

Taluni suoi dati potrebbero, inoltre, essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente alla polizza stessa o eventuali sinistri.

Inoltre, per le suddette finalità, i dati personali relativi al soggetto interessato potranno essere comunicati e trasferiti alle società facenti parte del gruppo MetLife o a loro fornitori, anche fuori dal territorio dell'Unione Europea e, in particolare, negli Stati Uniti. Relativamente al trasferimento dei dati all'estero, il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dalla legge italiana anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

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

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

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

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Esonero dal pagamento dei premi

Questo documento è stato realizzato in data 01/09/2021 ed è l'ultimo disponibile

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia esonera gratuitamente il contraente della polizza *Cura Quotidiana - NoStop* dal pagamento dei premi in caso di Perdita Involontaria di Impiego o Inabilità Temporanea Totale.
La garanzia Perdita Involontaria di Impiego viene offerta da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in virtù della Convenzione assicurativa n. CL/19/004 stipulata in qualità di contraente con MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.
Per tutto quanto non espressamente richiamato nelle Condizioni di Assicurazione troverà applicazione quanto disciplinato nel Set informativo relativo alla polizza *Cura Quotidiana – NoStop*.

GLOSSARIO

Alcolismo: abuso di bevande alcoliche, sia di tipo occasionale (alcolismo acuto o ebbrezza alcolica) sia di tipo abituale (alcolismo cronico).
Assicurato: il contraente della polizza *Cura Quotidiana – NoStop*.
Carenza: periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, durante il quale il Programma Assicurativo è sospeso. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.
Compagnia:
- per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego, MetLife Europe Insurance 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.
- per la garanzia Inabilità Temporanea Totale, 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.

Decorrenza del Programma Assicurativo: il momento in cui le garanzie acquistano efficacia.
Durata del Programma Assicurativo: il periodo di efficacia delle garanzie.
Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.
Franchigia: periodo di tempo superato il quale la Compagnia indennizza il Sinistro.
Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.
Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie offerte dalla Compagnia.
Sinistro: il verificarsi dell'evento per cui sono offerte le garanzie.

Art. 1 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:
- **Perdita Involontaria di Impiego** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo;
- **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di Infortunio o Malattia.

Le garanzie sono offerte all'Assicurato gratuitamente ed **in via alternativa** in base alla **condizione lavorativa** del medesimo alla data di acquisto della polizza *Cura Quotidiana – NoStop*.

PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO	O IN ALTERNATIVA	INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE
▪ **Lavoratori dipendenti del settore privato** - con anzianità lavorativa di almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro - con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana - che non lavorano presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado		▪ **Lavoratori dipendenti del settore privato** che non possiedono i requisiti richiesti per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego ▪ **Lavoratori dipendenti del settore pubblico** ▪ **Lavoratori autonomi** ▪ **Lavoratori domestici** ▪ **Non lavoratori**

Qualora l'Assicurato dovesse cambiare la propria condizione lavorativa in corso di contratto, la garanzia Perdita Involontaria di Impiego cessa dalla medesima data e sarà automaticamente sostituita dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale e viceversa.

Art. 2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalla data di inizio della polizza *Cura Quotidiana – NoStop* e rimane in vigore per il periodo di durata della polizza *Cura Quotidiana – NoStop*.

Art. 3 – Garanzie del Programma Assicurativo

3.1 – Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

a. Oggetto della garanzia

In caso di Perdita Involontaria di Impiego dell'Assicurato a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo - Legge n. 604/1966 art. 3 - la Compagnia, fermi i casi di esclusione, esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi in scadenza nei 12 mesi

successivi alla data di accertamento del diritto alla prestazione da parte della Compagnia, **a condizione che la Perdita Involontaria di Impiego non si verifichi nel periodo di Carenza ed abbia una durata superiore al periodo di Franchigia**.
La Compagnia esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi per 12 mesi anche qualora il periodo di disoccupazione dovesse avere una durata inferiore.

Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario che l'Assicurato, alla data di notifica del licenziamento:
- eserciti una professione di lavoro dipendente del settore privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana;
- non eserciti tale professione presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado;
- abbia superato il periodo di prova;
- sia stato licenziato per giustificato motivo oggettivo (come definito nell'art. 3 della Legge n. 604/1966);
- sia in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione.

Qualora durante il periodo di Durata del Programma Assicurativo, l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la garanzia sarà riattivata - senza limiti di cumulo - al ricorrere di tutti i requisiti suddetti e decorso il periodo di Franchigia.

b. Esclusioni

Sono esclusi dal Programma Assicurativo:
- **i licenziamenti notificati prima della data di acquisto della polizza *Cura Quotidiana – NoStop* o durante il periodo di Carenza;**
- **i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali;**
- **i licenziamenti tra coniugi, parenti entro il 3° grado e affini entro il 2° grado;**
- **le dimissioni e le risoluzioni consensuali del contratto di lavoro;**
- **le cessazioni - anticipate o alla loro scadenza - dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim;**
- **il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) ovvero in caso di applicazione del regime di prepensionamento;**
- **le situazioni di disoccupazione, riduzione o sospensione dell'attività lavorativa che diano luogo all'indennizzo da parte della cassa integrazione guadagni ordinaria, edilizia o straordinaria o da parte di qualunque altro fondo di assistenza nei confronti del lavoratore secondo quanto previsto dalla normativa vigente applicabile.**

c. Carenza

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **30 giorni consecutivi**, calcolati a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

d. Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che periodo di inattività lavorativa abbia una durata superiore al periodo di Franchigia pari a **30 giorni consecutivi**, calcolati a partire dal primo giorno di interruzione del lavoro.

3.2 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

a. Oggetto della garanzia

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità di attendere alla propria professione, se lavoratore, o di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) se non lavoratore, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi in scadenza nei 12 mesi successivi alla data di accertamento del diritto alla prestazione da parte della Compagnia, **a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia e sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea**.
La Compagnia esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi per 12 mesi anche qualora l'Inabilità Temporanea Totale dovesse avere una durata inferiore.
Qualora durante il periodo di Durata del Programma Assicurativo, l'Assicurato venga nuovamente riconosciuto inabile, la garanzia sarà riattivata - senza limiti di cumulo - al ricorrere di tutti i requisiti suddetti e decorso il periodo di Franchigia.

b. Esclusioni

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:
- **guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione generale, occupazione militare ed invasione; se l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dallo Stato della Città del Vaticano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;**
- **danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;**
- **delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;**
- **abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;**
- **Alcolismo;**
- **tentato suicidio e atti di autolesionismo;**
- **uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere;**
- **viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;**
- **attività sportive remunerate;**
- **infortuni antecedenti alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo;**
- **malattie mentali o nervose se causa o concausa dell'Infortunio;**
- **ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;**
- **gravidanza, puerperio e patologie correlate.**

c. Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia pari a **30 giorni consecutivi**, calcolati a partire dal primo giorno di inabilità.

Art. 4 – Denuncia di sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet **www.metlife.it** nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet **www.sinistrimetlife.it** o in alternativa telefonare al Numero Verde **800.319.665**.
La denuncia dovrà essere completa dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo della documentazione 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 sopra indicata, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione in relazione alla storia e alla natura del Sinistro. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

L'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. II 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.

Art. 5 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Perdita Involontaria di Impiego

- Lettera di licenziamento in originale o copia conforme all'originale
- Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione

Inabilità Temporanea Totale

- Certificato medico attestante le cause ed il periodo dell'inabilità temporanea totale
- Dichiarazione in originale rilasciata dal datore di lavoro attestante l'intero periodo di inabilità lavorativa (solo per lavoratori dipendenti)
- Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:

- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero
- Verbale del Pronto Soccorso

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

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO
CURA QUOTIDIANA – NOSTOP

Dati del Contraente

Nome:	Cognome:	
CF:	Sesso: ❑ M ❑ F	
Data di Nascita:	Luogo di Nascita:	Prov.:
Indirizzo:	Cap: Comune:	Prov.:
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	

Dati dell'Assicurato che ha subito il Sinistro

Nome:	Cognome:	
CF:	Sesso: ❑ M ❑ F	
Data di Nascita:	Luogo di Nascita:	Prov.:
Indirizzo:	Cap: Comune:	Prov.:
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	

Garanzia per la quale si richiede l'Indennizzo

- ❑ Frattura ossea a seguito di Infortunio
- ❑ Commozione cerebrale a seguito di Infortunio
- ❑ Lussazione a seguito di Infortunio

Esonero dal pagamento dei premi per:

- ❑ Inabilità Temporanea Totale
- ❑ Perdita Involontaria di Impiego

Data evento:	Ora:	Luogo:

Descrizione delle cause e delle circostanze:

.....

.....

.....

Riferimenti di Conto Corrente

Intestatario:

IBAN:

CODICE PAESE	CODICE CONTROLLO	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE

Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro
o da inviare successivamente qualora non ancora disponibile alla data di invio della denuncia

Frattura Ossea a seguito di Infortunio
- Certificato di Pronto Soccorso, rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esami strumentali attestanti la Frattura ossea

Commozione cerebrale a seguito di Infortunio
- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esami strumentali attestanti la Commozione cerebrale

Lussazione a seguito di Infortunio
- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esami strumentali attestanti la Lussazione

Perdita Involontaria di Impiego
- Lettera di licenziamento in originale o copia conforme all'originale
- Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione

Inabilità Temporanea Totale
- Certificato medico attestante le cause ed il periodo dell'inabilità temporanea totale
- Dichiarazione in originale rilasciata dal datore di lavoro attestante l'intero periodo di inabilità lavorativa (solo per lavoratori dipendenti)
- Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:
- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero
- Verbale del Pronto Soccorso

In tutti i casi sarà necessario anche allegare:
- se il Sinistro riguarda il coniuge o il figlio del Contraente, Stato di famiglia del Contraente al momento del Sinistro in originale
- se il Sinistro riguarda il partner civile del Contraente, documentazione attestante l'unione civile in originale
- se il Sinistro riguarda il convivente more uxorio del Contraente, certificato di residenza del convivente more uxorio al momento del Sinistro in originale

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

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: Brenda Dunne (cittadina irlandese), Lyndon Oliver (cittadino americano), Edward Palmer (cittadino inglese), Eilish Finan (cittadina irlandese, 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 Assicurative.

Informativa Privacy

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

Gentile Cliente,
ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa e riportate nell'informativa sulla Privacy integralmente consultabile nella nostra pagina web dedicata alla Privacy sul sito www.metlife.it, la informiamo che i dati personali, incluse le particolari categorie di dati[1], da lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati da MetLife al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe esser necessario disporre dei dati di terzi (a titolo esemplificativo dell'assicurato, se diverso dal contraente, del beneficiario, dell'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere consegnare la presente informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. Il trattamento di tali dati risulta pertanto necessario alla valutazione della richiesta di indennizzo.
I dati personali forniti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, dal personale preposto alla gestione e liquidazione dei sinistri nell'ambito delle strutture della Società ed ivi conservati per il tempo strettamente necessario alle finalità sopra descritte.
Tali dati potranno, inoltre, essere comunicati e trattati da società e/o professionisti di nostra fiducia o da pubbliche Autorità[2], qualora necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali, per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri, per la condivisione di informazioni connesse alla gestione di eventuali contenzioni, nonché per l'adempimento di obblighi di legge. L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Società.
La invitiamo a consultare l'informativa Privacy di MetLife sul sito www.metlife.it, dove troverà ogni ulteriore informazione e aggiornamenti in merito a quali sono i suoi diritti e come esercitarli (cioè l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'opposizione al trattamento, la portabilità dei dati e il diritto di ottenere chiarimenti in merito alle decisioni automatizzate) i recapiti del Responsabile della Protezione dei dati per ogni comunicazione o reclamo, il periodo di conservazione dei suoi dati, i soggetti a cui i dati possono essere comunicati per la gestione del contratto, anche se in paesi fuori dall'Unione Europea, nel rispetto delle disposizioni di legge e Regolamento vigenti per la tutela della Privacy.

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

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

✘ / /
Data (gg/mm/aa) Firma dell'Assicurato / Esercente la potestà o del tutore per assicurati minorenni

✘ / /
Data (gg/mm/aa) Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato

---

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

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

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: Brenda Dunne (cittadina irlandese), Lyndon Oliver (cittadino americano), Edward Palmer (cittadino inglese), Eilish Finan (cittadina irlandese, 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 Assicurative.