

## Set informativo

# MetLife Europe d.a.c.

## Rappresentanza Generale per l'Italia

### Totale Benessere

---

**Contratto di Assicurazione Infortuni e Malattia 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**
- **Nomenclatore degli interventi chirurgici (Mod. NI\_TB\_Ed. 2018/03)**

### Garanzie aggiuntive gratuite

#### Esonero dal pagamento dei premi

---

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

#### Garanzie di Assistenza

---

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre agli assicurati della polizza *Totale Benessere* le garanzie di assistenza di seguito elencate: Consulto medico telefonico; Network convenzionato; Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza; Teleconsultazione; Prescrizione medica; Consegna farmaco; Second Opinion.

**Per maggiori informazioni consulta le Condizioni di assicurazione relative alle garanzie aggiuntive gratuite 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. TBDM Ed. 2023/11

**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. Amministratori: Éilish Finan (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Conall Murphy (cittadino irlandese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).

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

# Assicurazione Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo  
(DIP Danni)



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

Prodotto:  
Totale Benessere

Questo documento è stato realizzato in data 06/11/2023 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 infortuni e malattia facoltativa che ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona.



## Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Intervento chirurgico da infortunio o malattia**  
Somma assicurata: prestazione variabile in base al piano assicurativo ed alla classe di appartenenza dell'intervento effettuato per singolo assicurato. Il massimale annuo è indicato nel certificato di assicurazione.
- ✓ **Rimborso Spese Mediche da infortunio**  
Somma assicurata: l'importo delle spese mediche e di cura sostenute a seguito di infortunio. Il massimale annuo è indicato 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, 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 o tentati 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;
- ! partecipazione a competizioni e relativi allenamenti svolti a carattere remunerativo e/o in qualità di professionista;
- ! viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- ! infortuni antecedenti alla data di decorrenza della polizza;
- ! malattia mentale o nervosa se causa o concausa del sinistro.

Per la garanzia **Intervento chirurgico**:

- ! è previsto un periodo di carenza di 30 giorni consecutivi a partire dalla data di decorrenza della polizza in caso di intervento conseguente a malattia; il periodo di carenza viene elevato a 60 giorni consecutivi in caso di aborto terapeutico e 300 giorni consecutivi in caso di parto o taglio cesareo.

Sono inoltre esclusi gli interventi:

- ! di chirurgia plastica o estetica, anche se conseguenza di infortunio o malattia;
- ! di chirurgia refrattiva;
- ! di chirurgia dentale, anche se conseguenza di infortunio o malattia;
- ! per la donazione di organi o tessuti;
- ! per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici antecedenti alla data di decorrenza della polizza;
- ! finalizzati alla fecondazione, al trattamento dell'infertilità e all'aborto volontario;
- ! finalizzati alla cura dell'obesità;
- ! correlati ad infezione da HIV;
- ! correlati a trattamenti di dialisi.

#### Per la garanzia Rimborso Spese Mediche da infortunio:

! è prevista una franchigia pari al 10% con il minimo di € 50,00 per sinistro; la franchigia non si applica se le prestazioni sono erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Sono inoltre escluse:

- ! le cure odontoiatriche, le parodontopatie e le protesi dentarie;
- ! le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica e/o le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo prevalente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
- ! gli onorari versati a medici o altri professionisti intervenuti per la quantificazione e liquidazione del danno conseguente all'Infortunio;
- ! le conseguenze di infarto.



### Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'assicurato si rechi all'estero per un massimo di 90 giorni per annualità assicurativa.



### Che obblighi ho?

Hai il dovere di pagare il premio.

In caso di sinistro, devi comunicarlo tempestivamente per iscritto all'Impresa presentando i documenti elencati nel modulo di denuncia.



### Quando e come devo pagare?

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



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa 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. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità, il contraente non abbia ancora compiuto 70 anni e il premio sia pagato.



### Come posso disdire la polizza?

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

Puoi in ogni caso disdire la polizza ad ogni ricorrenza di pagamento del premio con **30 giorni** di preavviso. In tal caso la polizza cessa ed il premio non sarà più dovuto.

Per recedere o disdire la polizza puoi chiamare l'Impresa al Numero Verde **800.319.665** oppure inviare una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma.

# Assicurazione Infortuni e Malattia

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: Totale Benessere

Questo documento è stato realizzato in data 06/11/2023 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](http://www.metlife.it) | pec: [mel-italia@legalmail.it](mailto: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](http://www.metlife.it) all'interno della sezione "Assistenza Clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2022 è pari a € 43.635.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari a € 2.048.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 2.048.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 41.587.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe Insurance d.a.c. è pari al 283%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 14.443.000,00 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 40.877.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 3.611.000,00. 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?

<b>Intervento chirurgico da infortunio o malattia</b>	In caso di intervento chirurgico reso necessario a seguito di infortunio, malattia, aborto terapeutico o traumatico, parto o taglio cesareo, l'Impresa, fermi i casi di esclusione, corrisponde al beneficiario un indennizzo pari alla somma assicurata, in funzione del piano assicurativo scelto al momento dell'acquisto della polizza e della classe di appartenenza dell'intervento effettuato. La prestazione viene corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ l'infortunio, la prima diagnosi della malattia, l'aborto terapeutico o traumatico, il parto o taglio cesareo e l'intervento chirurgico siano avvenuti durante il periodo di validità della polizza;</li><li>▪ l'intervento chirurgico:<ul style="list-style-type: none"><li>- sia ricompreso tra quelli presenti nel Nomenclatore e appartenga alla classe A, B, C o D;</li><li>- sia stato effettuato dietro prescrizione medica;</li><li>- richieda la presenza di un medico anestesista durante l'atto operatorio;</li><li>- richieda un atto medico perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti;</li><li>- sia stato effettuato, in regime di ricovero ordinario o day hospital, in un Istituto di cura regolarmente autorizzato al ricovero;</li><li>- venga effettuato in Italia o all'estero qualora l'assicurato si trovi in viaggio fuori dall'Italia per un massimo di 90 giorni per anno.</li></ul></li></ul>
<b>Rimborso Spese Mediche da infortunio</b>	In caso di infortunio, l'Impresa, fermi i casi di esclusione, rimborsa al beneficiario le spese mediche e di cura sostenute entro 120 giorni dalla data dell'infortunio. La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, previa deduzione della franchigia (pari al 10%, con il minimo di € 50,00 per sinistro) a condizione che l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza.

## Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<b>Piano assicurativo</b>	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.
<b>Piano di garanzie</b>	Al momento dell'acquisto della polizza, in alternativa all' <u>opzione Individuo</u> a protezione del solo contraente, è possibile scegliere: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ l'<u>opzione Coppia</u>, che estende la copertura al coniuge, al partner civile, al convivente more uxorio o a un figlio del contraente;</li><li>▪ l'<u>opzione Famiglia</u>, che permette di assicurare, in aggiunta ai soggetti previsti dall'opzione Coppia, anche i figli del contraente.</li></ul>



## Che cosa NON è assicurato?

<b>Rischi esclusi</b>	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?

<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<b>Denuncia di sinistro:</b> 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 <a href="http://www.metlife.it">www.metlife.it</a> 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 <a href="http://www.sinistrimetlife.it">www.sinistrimetlife.it</a> o in alternativa telefonare al Numero Verde <b>800.319.665</b> .
	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> non prevista.
	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> non prevista.
	<b>Prescrizione:</b> l'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	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.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	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?

<b>Premio</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
<b>Rimborso</b>	Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi: a) se in corso di contratto perdi i requisiti di assicurabilità o inizi a percepire una pensione di invalidità permanente; 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?

<b>Durata</b>	La polizza cessa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in caso di decesso del contraente;</li> <li>▪ se, in corso di contratto, il contraente perde i requisiti di assicurabilità o inizia a percepire una pensione di invalidità permanente;</li> <li>▪ in caso di recesso dal contratto;</li> <li>▪ in caso di disdetta del contratto.</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	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?

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



## A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili le persone che:

- siano residenti in Italia;
- siano 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, al partner civile o al convivente more uxorio del contraente e fino a 25 anni con riferimento ai figli del contraente.

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



## Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio): 50,00% del premio netto imposte.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'Impresa assicuratrice</b>	<p>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:</p> <p style="text-align: center;"><b>METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI</b></p> <p>Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma   Tel. 06.492161   Fax 06.49216300   Indirizzo e-mail: <a href="mailto:reclami@metlife.it">reclami@metlife.it</a></p> <p>Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito <a href="http://www.metlife.it">www.metlife.it</a> all'interno della sezione "Assistenza Clienti".</p> <p>Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.</p> <p>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.</p>
<b>All'IVASS</b>	<p>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: <a href="mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it">tutela.consumatore@pec.ivass.it</a>.</p> <p>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.</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.</p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.</p>
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p>In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.</p> <p>Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <a href="http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm">http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm</a> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).</p>

**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 e Malattia Totale Benessere

Questo documento è stato realizzato in data 06/11/2023 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](http://www.metlife.it) o nell'area riservata, secondo quanto previsto dal Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento Ivass n. 41/2018.

## INDICE

<b>GLOSSARIO</b> .....	<b>2</b>
<b>SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI</b> .....	<b>3</b>
<b>Art. 1 – Caratteristiche del prodotto</b> .....	<b>3</b>
<b>Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo</b> .....	<b>3</b>
2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto .....	3
2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo .....	4
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo .....	4
2.4 – Recesso .....	4
2.5 – Disdetta.....	4
<b>Art. 3 – Premio assicurativo</b> .....	<b>4</b>
3.1 – Premio .....	4
3.2 – Modalità di pagamento del Premio .....	4
3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi .....	5
3.4 – Rivedibilità del Premio .....	5
<b>Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti</b> .....	<b>5</b>
<b>Art. 5 – Aggravamento e Diminuzione del rischio in corso di Contratto</b> .....	<b>5</b>
<b>Art. 6 – Legge applicabile</b> .....	<b>5</b>
<b>Art. 7 – Prescrizione</b> .....	<b>5</b>
<b>Art. 8 – Risoluzione delle controversie</b> .....	<b>5</b>
8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione.....	5
8.2 – Arbitrato .....	6
<b>Art. 9 – Valuta</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione</b> .....	<b>6</b>
<b>SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 12 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali</b> .....	<b>6</b>
12.1 – Programma Assicurativo .....	6
12.2 – Opzioni contrattuali .....	6
<b>Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 14 – Piano assicurativo e Somma assicurata</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 15 – Persone assicurabili</b> .....	<b>6</b>
<b>Art. 16 – Esclusioni valide per tutte le garanzie</b> .....	<b>7</b>
<b>SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO</b> .....	<b>7</b>
<b>Art. 17 – Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia</b> .....	<b>7</b>
17.1 – Oggetto della garanzia.....	7
17.2 – Esclusioni.....	7
17.3 – Carenza .....	7
17.4 – Prestazione Massima.....	8
<b>Art. 18 – Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio</b> .....	<b>8</b>
18.1 – Oggetto della garanzia.....	8
18.2 – Esclusioni.....	8
18.3 – Franchigia .....	8
18.4 – Prestazione massima.....	8
<b>SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO</b> .....	<b>9</b>
<b>Art. 19 – Denuncia di Sinistro</b> .....	<b>9</b>
<b>Art. 20 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro</b> .....	<b>9</b>
<b>Art. 21 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro</b> .....	<b>9</b>
<b>SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI</b> .....	<b>9</b>
<b>Art. 22 – Richiesta di Informazioni</b> .....	<b>9</b>
<b>Art. 23 – Reclami</b> .....	<b>9</b>
23.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni .....	9
23.2 – Reclami all'Intermediario.....	9
23.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza.....	10

**ALLEGATI****CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI****MODULO DI DENUNCIA SINISTRO****NOMENCLATORE DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI (MOD. NI\_TB\_Ed. 2018/03)****CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - GARANZIE DI ASSISTENZA****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:**

- il Contraente, se è stata scelta l'opzione Individuo;
- la Coppia, se è stata scelta l'opzione Coppia;
- il Nucleo Familiare, se è stata scelta l'opzione Famiglia.

**Beneficiario:** l'Assicurato.

**Carenza:** periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, durante il quale la garanzia è sospesa. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

**Certificato di assicurazione:** il documento che prova il Programma Assicurativo.

**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](http://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 sostiene il pagamento del Premio.

**Contratto (o Polizza):** il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con la Compagnia tramite 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".

**Day Hospital:** degenza diurna senza pernottamento.

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

**Diaria:** indennità giornaliera.

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

**Esclusioni:** i rischi non coperti dalla Polizza.

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

**Franchigia:** la parte del danno - espressa in cifra fissa o in percentuale - che rimane a carico dell'Assicurato.

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

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

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

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

**Italia:** il territorio della Repubblica italiana, comprese la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

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

**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 (ICD-9 del OMS) e successive modifiche.

**Nomenclatore:** l'elenco degli interventi chirurgici classificati per tipologia e suddivisi per classi di indennizzo (Mod. NI\_TB\_Ed. 2018/03).

**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 od 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.

**Telefonia vocale:** Tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la Conclusione del Contratto mediante l'uso del telefono.

**Trattamento fisioterapico/rieducativo:** le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da un medico specialista regolarmente iscritto all'albo o da un professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni dell'apparato muscolo scheletrico.

## SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

### Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una Polizza Infortuni e Malattia che ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona.

Con riferimento alle garanzie prestate a seguito di Infortunio, 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 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.

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 il Contraente, 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. La richiesta di variazione potrà essere comunicata alla Compagnia chiamando il Numero Verde **800.319.665**, inviando una e-mail all'indirizzo [servizio.polizze@metlife.it](mailto:servizio.polizze@metlife.it), oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma.

## 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 abbia ancora compiuto 70 anni;
- il Premio sia pagato.

Se è stata scelta 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 **70 anni** (con riferimento al coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio) o **26 anni** (con riferimento al figlio). In tal caso, il Contraente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo l'opzione Individuo.

- i** Se è stata scelta l'**opzione Famiglia**, il Programma Assicurativo non si rinnova nei confronti dei componenti del Nucleo familiare che, alla data del rinnovo, abbiano già compiuto **70 anni** (con riferimento al coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio) o **26 anni** (con riferimento ai figli). 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 permanente 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), il Programma Assicurativo cessa alla data in cui il Contraente perde i requisiti di assicurabilità o inizia a percepire la pensione di invalidità e la Compagnia restituirà al medesimo 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 scelta 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 permanente 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.

- i** Se è stata scelta l'**opzione Famiglia**, il Programma Assicurativo cessa nei confronti dei componenti del Nucleo familiare qualora questi ultimi perdano i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a), b) o inizino a percepire una pensione di invalidità permanente 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 acquisto della Polizza, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**, oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. **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.

## 2.5 – Disdetta

Il Contraente ha il diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio con **30 giorni** di preavviso, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**, oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. In tal caso la Polizza cessa ed il Premio non sarà più dovuto.

## 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 dal Contraente 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 (SDD) sul conto corrente bancario, BancoPosta o carta di credito intestati 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, sul BancoPosta o sulla carta di credito utilizzato/a per i pagamenti del Premio tramite Addebito diretto Sepa (SDD) vi siano fondi sufficienti. In caso di variazione dei dati relativi al conto corrente bancario, al 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.

### 3.4 – Rivedibilità del Premio

Nel caso in cui i dati medi (es. età, rapporto maschi/femmine, sinistrosità, ecc.) non dovessero risultare in linea con le ipotesi di tariffazione, la Compagnia si riserva la facoltà di modificare il Premio ogni anno a partire dalla data di decorrenza della Polizza, dandone comunicazione all'Assicurato con un preavviso di **60 giorni** sulla data di scadenza dell'Annualità assicurativa.

Resta inteso che il Contraente potrà recedere dal Contratto senza spese con preavviso di **30 giorni** sulla data di scadenza dell'Annualità assicurativa, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**, oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. Se il Contraente non esercita il diritto di recesso, il Contratto proseguirà alle nuove condizioni a partire dall'Annualità assicurativa successiva.

## 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. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

**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 o Assicurato) 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 l'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 rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

## Art. 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 stipulare più di una Polizza Totale Benessere per la stessa persona fisica.** Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, la Compagnia considererà valido esclusivamente il Contratto stipulato con la data più remota e restituirà al Contraente i premi incassati, al netto delle imposte, in relazione ai contratti stipulati 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:

- ✓ **Intervento chirurgico** a seguito di Infortunio o Malattia;
- ✓ **Rimborso Spese Mediche** 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 massimo di **90 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 a condizione che al momento dell'acquisto della Polizza:

- siano residenti in Italia;
- siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- abbiano un'età compresa tra **18 e 69 anni** con riferimento al **Contraente** ed al **coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio del Contraente** e fino a **25 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 pubblico.**

 Si rinvia a quanto stabilito all'art. 2.3, qualora l'Assicurato dovesse perdere i requisiti di assicurabilità o iniziare a percepire una pensione di invalidità permanente in corso di Contratto.

## Art. 16 – Esclusioni valide per tutte le garanzie

**i** 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.

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, 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 o tentati 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;
- partecipazione a competizioni e relativi allenamenti svolti a carattere remunerativo e/o in qualità di professionista;
- viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- Infortuni antecedenti alla data di Decorrenza della Polizza;
- Malattia mentale o nervosa se causa o concausa del Sinistro.

## SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

### Art. 17 – Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia

#### 17.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Intervento chirurgico dell'Assicurato reso necessario a seguito di Infortunio, Malattia, aborto terapeutico o traumatico, parto o taglio cesareo, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo pari alla somma assicurata, in funzione del Piano assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'acquisto della Polizza e della classe di appartenenza dell'Intervento effettuato così come specificata nel Nomenclatore.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio, la prima diagnosi della Malattia, l'aborto terapeutico o traumatico, il parto o taglio cesareo e l'Intervento chirurgico siano avvenuti durante il periodo di validità della Polizza;
- l'Intervento chirurgico:
  - sia ricompreso tra quelli presenti nel Nomenclatore e appartenga alla classe A, B, C o D;
  - sia stato effettuato dietro prescrizione medica;
  - richieda la presenza di un medico anestesista durante l'atto operatorio;
  - richieda un atto medico perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti;
  - sia stato effettuato, in regime di Ricovero ordinario o Day hospital, in un Istituto di cura regolarmente autorizzato al Ricovero;
  - venga effettuato in Italia o all'Estero qualora l'Assicurato si trovi in viaggio fuori dall'Italia per un massimo di 90 giorni per Annualità assicurativa.

In caso di più interventi chirurgici indennizzabili effettuati durante il medesimo Ricovero, la Compagnia corrisponde solo l'Indennizzo relativo all'Intervento di classe più elevata.

**i** In caso di più interventi chirurgici indennizzabili non effettuati durante il medesimo Ricovero e distanti tra di loro meno di 30 giorni, la Compagnia corrisponde l'Indennizzo che risulti minore tra la somma degli indennizzi dovuti per i singoli interventi effettuati ed il 150% dell'Indennizzo previsto per l'intervento di classe più elevata.

#### 17.2 – Esclusioni

In aggiunta alle esclusioni indicate all'art. 16, sono esclusi dalla Polizza gli interventi:

- di chirurgia plastica o estetica, anche se conseguenza di Infortunio o Malattia;
- di chirurgia refrattiva;
- di chirurgia dentale, anche se conseguenza di Infortunio o Malattia;
- per la donazione di organi o tessuti;
- per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici antecedenti alla data di Decorrenza della Polizza;
- finalizzati alla fecondazione, al trattamento dell'infertilità e all'aborto volontario;
- finalizzati alla cura dell'obesità;
- correlati ad infezione da HIV;
- correlati a trattamenti di dialisi.

#### 17.3 – Carenza

Qualora l'Intervento chirurgico sia reso necessario a seguito di Malattia, la prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **30 giorni** consecutivi. La Carenza si calcola a partire dalla data di

Decorrenza della Polizza. Il periodo di Carenza viene elevato a **60 giorni** consecutivi in caso di aborto terapeutico o traumatico e **300 giorni** consecutivi in caso di parto o taglio cesareo.

#### 17.4 – Prestazione massima

L'Indennizzo è corrisposto fino a concorrenza dei massimali indicati nel Certificato di Assicurazione per singolo Assicurato.

##### Esempio

L'esempio è formulato considerando:

- una Polizza con decorrenza 01/01/2024;
- un Sinistro che non si verifichi nel periodo di Carenza;
- un Indennizzo per singolo Intervento chirurgico pari a € 10.000,00;
- una prestazione massima per Annualità assicurativa pari a € 30.000,00 (01/01/2024 - 31/12/2024).

Considerati 4 interventi chirurgici effettuati durante ricoveri diversi nelle seguenti date:

15/03/20214	02/05/2024	28/07/2024	05/11/2024
-------------	------------	------------	------------

La Compagnia corrisponderà un indennizzo pari a € 30.000,00.

## Art. 18 – Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

### 18.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, rimborsa al Beneficiario le spese mediche e di cura sostenute **entro 120 giorni** dalla data dell'Infortunio.

**La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, previa deduzione della Franchigia, a condizione che l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità della Polizza.**

Le spese mediche e di cura oggetto di rimborso sono esclusivamente quelle relative a:

- accertamenti diagnostici;
- onorari per visite specialistiche;
- in caso di intervento chirurgico, onorari dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- rette di degenza;
- medicinali riportati nel prontuario medico;
- trasporto dell'Assicurato al pronto soccorso con mezzi sanitari adibiti al soccorso medico;
- Trattamento fisioterapico/rieducativo prescritto da medico specialista.

### 18.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16, sono escluse dalla Polizza:

- le cure odontoiatriche, le parodontopatie e le protesi dentarie;
- le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica e/o le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo prevalente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
- gli onorari versati a medici o altri professionisti intervenuti per la quantificazione e liquidazione del danno conseguente all'Infortunio;
- le conseguenze di infarto.

### 18.3 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta previa deduzione di una **Franchigia pari al 10%**, con il minimo di **€ 50,00** per Sinistro, che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborserà i ticket integralmente senza applicazione della Franchigia.

##### Esempio

L'esempio è formulato considerando spese mediche e di cura non erogate dal Servizio Sanitario Nazionale per complessivi € 900,00. In questo caso la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 810,00.

### 18.4 – Prestazione massima

L'Indennizzo è corrisposto fino a concorrenza dei massimali indicati nel Certificato di Assicurazione per singolo Assicurato. Se le spese mediche e di cura sono sostenute **in assenza di Ricovero o Intervento chirurgico** la prestazione massima è ridotta della metà.

##### Esempi

Gli esempi sono formulati considerando:

- una Polizza con decorrenza 01/01/2024;
- un Sinistro che si verifica in data 05/05/2024;
- una prestazione massima per Annualità assicurativa pari a € 1.000,00 (01/01/2024 - 30/12/2024).

**Esempio 1:** se l'Assicurato sostiene spese mediche non erogate dal SSN per complessivi € 800,00 in assenza di Ricovero o Intervento chirurgico, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 500,00.

**Esempio 2:** se l'Assicurato sostiene spese mediche non erogate dal SSN per complessivi € 950,00 a seguito di Ricovero o Intervento chirurgico, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 855,00.

**Esempio 3:** se l'Assicurato sostiene spese mediche erogate dal SSN (ticket) in assenza di Ricovero o Intervento chirurgico per complessivi € 550,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 500,00.

**Esempio 4:** se l'Assicurato sostiene spese mediche erogate dal SSN (ticket) a seguito di Ricovero o Intervento chirurgico per complessivi € 650,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 650,00.

## SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

### Art. 19 – 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](http://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](http://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. 20 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

#### Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia

- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi, periodo di degenza, descrizione e codice dell'Intervento chirurgico effettuato

#### Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Parcele, distinte e ricevute di pagamento 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. 21 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nella Sezione III - agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" – 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.

## SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

### Art. 22 – 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](http://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.

Il Contraente ha inoltre la possibilità di accedere all'area riservata **MyMetLife**, disponibile sul sito web della Compagnia [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

### Art. 23 – Reclami

#### 23.1 – 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](mailto:reclami@metlife.it)

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito [www.metlife.it](http://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.

#### 23.2 – 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.

### 23.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto: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](http://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](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 anticiricclaggio 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 eleggibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisionali 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](mailto: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 dati personali**, i cui recapiti sono di seguito riportati: **Telefono: (+39) 06 492161 o e-mail [info.privacy@metlife.it](mailto: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](http://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 delle 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](http://www.metlife.it), scrivendo a MetLife Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure attraverso l'indirizzo e-mail [info.privacy@metlife.it](mailto: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](http://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

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre gratuitamente al contraente della polizza *Totale Benessere* una copertura che lo esonera 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 *Totale Benessere*.

### 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 *Totale Benessere*.

**Carenza:** periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, durante il quale la garanzia è sospesa. 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](http://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](http://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 *Totale Benessere*.

#### 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 *Totale Benessere* e rimane in vigore per il periodo di durata della polizza *Totale Benessere*.

## 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 *Totale Benessere* 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, 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 o tentati 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;

- partecipazione a competizioni e relativi allenamenti svolti a carattere remunerativo e/o in qualità di professionista;
- viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- Infortuni antecedenti alla data di Decorrenza della Polizza;
- malattie mentali o nervose se causa o concausa del Sinistro;
- 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](http://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](http://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. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.**

#### 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 a seguito di Infortunio o Malattia

- Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale
- In caso di inabilità a seguito di Infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale
- Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa in originale
- Per i lavoratori autonomi, certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa

Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:

- Cartella clinica relativa al ricovero
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

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.



## 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,

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy, MetLife, in qualità di titolare del trattamento, fornisce le informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali per le finalità connesse alla gestione dei sinistri, 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](http://www.metlife.it). I dati personali quali a titolo esemplificativo, i dati anagrafici (ad es. nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, documento d'identità) e dati di contatto, incluse le particolari categorie di dati<sup>1</sup> (ad es. dati relativi alla salute, danni fisici o di altra natura), da lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati da MetLife per le seguenti **finalità**:

**A) Senza il Suo preventivo consenso per:**

- l'adempimento delle condizioni di contratto previste dalla sua copertura assicurativa;
- l'attività di valutazione dei sinistri per accertarne il diritto alla liquidazione in base alle condizioni di legge e di contratto;
- l'adempimento di obblighi di legge ai sensi degli artt. 6, comma 1, lett. c) e 9, comma 2, lett. b) GDPR connessi alla valutazione e gestione del sinistro;
- l'interesse legittimo della società per:
  - la prevenzione e la repressione di atti illeciti e l'esercizio dei diritti del titolare del trattamento in sede giudiziaria e di gestione del contenzioso: l'interesse di MetLife è il diritto di azione in giudizio garantito dalla Carta Costituzionale italiana (art. 24) e, in quanto tale, è socialmente riconosciuto come prevalente rispetto all'interesse del singolo interessato;
  - la verifica della validità della documentazione prodotta in fase di denuncia del sinistro per finalità antifrode con riferimento al trattamento dei suoi dati comuni;

**B) Con il Suo preventivo consenso per:**

- Il trattamento dei dati particolari inclusi nella documentazione fornita per la trattazione del sinistro per finalità strettamente connesse alle attività di valutazione, gestione e accertamento del diritto alla liquidazione dell'indennizzo, incluso la verifica della validità della documentazione prodotta per finalità antifrode.

In particolare, la verifica della documentazione prodotta per finalità antifrode potrà essere condotta, **anche attraverso l'utilizzo di tecnologie disegnate specificamente per finalità antifrode che effettuano l'analisi di autenticità dei file digitali** (documenti e immagini) con il supporto di Intelligenza Artificiale abbinata a modelli di apprendimento automatico (Machine learning) e successiva validazione da parte del personale autorizzato.

Tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe essere necessario disporre dei dati di terzi (quali a titolo esemplificativo l'assicurato se diverso dal contraente, il beneficiario, l'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere, nel momento in cui si dovesse fornire dati relativi ai suddetti terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo, consegnare loro la presente informativa 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 saranno conservati per il termine prescrittivo di legge di 10 anni, nel caso di sinistri relativi al ramo vita e di 5 anni nel caso di sinistri relativi al ramo danni, dalla cessazione del contratto e dalla liquidazione del sinistro. Per finalità antifrode i suoi dati saranno conservati per 2 anni dalla verifica della documentazione. Per le finalità di cui al punto B) i suoi dati particolari saranno trattati fino a revoca del suo consenso e comunque non oltre 2 anni dalla verifica della documentazione.

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<sup>2</sup>, 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, per l'adempimento di obblighi di legge, nonché per finalità di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative eventuali azioni legali. 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](http://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.

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

Avendo letto l'Informativa Privacy e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte di MetLife - in qualità di Titolare del trattamento - per la finalità B) indicata nell'informativa:

**consenso al trattamento dei dati particolari (ad es. dati sanitari) inclusi nella documentazione da me fornita alla Società per la trattazione del sinistro, anche attraverso l'utilizzo di tecnologie di Intelligenza Artificiale, abbinata a modelli di apprendimento automatico (Machine learning) per finalità antifrode e ai fini di valutazione, gestione e accertamento del diritto alla liquidazione dell'indennizzo.**

<input checked="" type="checkbox"/>	/ /	Firma dell'Assicurato / Esercente la potestà o del tutore per assicurati minorenni
	Data (gg/mm/aa)	
<input checked="" type="checkbox"/>	/ /	Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato
	Data (gg/mm/aa)	

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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 consorziali 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.

## Nomenclatore degli Interventi Chirurgici

Il presente Nomenclatore - **Mod. NI\_TB\_Ed. 2018/03** - forma parte integrante della Polizza e contiene l'elenco di tutti gli interventi chirurgici ammessi a rimborso, ferme le esclusioni e limitazioni previste in Polizza.

### Cod. Definizione ICD - 9

### Valore

INTERVENTI SUL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO		
0132	Lobotomia e trattotomia	B
0153	Lobectomia cerebrale (per lesione organica)	B
0141	Interventi sul talamo	B
0142	Interventi sul globo pallido	B
0152	Emisferectomia	D
0159	Altra asportazione o demolizione di lesione o tessuto cerebrale	A

INTERVENTI SULL'APPARATO ghiandolare ENDOCRINO		
073	Surrenectomia bilaterale	B

INTERVENTI SULL'OCCHIO		
1641	Enucleazione del bulbo oculare con impianto contemporaneo nella capsula di Tenone di protesi, con inserzione di muscoli	B
1642	Enucleazione del bulbo oculare con altro impianto contemporaneo	B
1649	Altra enucleazione del bulbo oculare	B
1651	Eviscerazione dell'orbita con rimozione di strutture adiacenti	D
1652	Eviscerazione dell'orbita con rimozione terapeutica dell'osso orbitale	D
1659	Altra eviscerazione dei contenuti dell'orbita	D
1682	Riparazione di rottura del bulbo oculare	A

INTERVENTI SULL'ORECCHIO, GOLA, NASO, BOCCA (ORL)		
2041	Mastoidectomia semplice	A
2042	Mastoidectomia radicale	A
2049	Altra mastoidectomia	A
2051	Asportazione di lesione dell'orecchio medio	A
2059	Altra asportazione dell'orecchio medio	A
2061	Fenestrazione dell'orecchio interno (iniziale)	A
2062	Revisione di fenestrazione dell'orecchio interno	A
2071	Anastomosi endolinfatica	A
2072	Iniezione nell'orecchio interno	A
2079	Altra incisione, asportazione e demolizione dell'orecchio interno	A
2183	Ricostruzione totale del naso	B
253	Glossectomia completa	D
254	Glossectomia radicale	D
2762	Correzione di palatoschisi	C
303	Laringectomia completa	B
304	Laringectomia radicale	B

APPARATO CARDIO RESPIRATORIO E CIRCOLATORIO		
3175	Ricostruzione della trachea e costruzione di laringe artificiale	B
3179	Altri interventi di riparazione e di plastica sulla trachea	B
324	Lobectomia del polmone	A
325	Pneumonectomia completa	D

326	Dissezione radicale delle strutture toraciche	D
329	Altra asportazione del polmone	D
3341	Sutura di lacerazione bronchiale	A
3342	Chiusura di fistola bronchiale	A
3343	Chiusura di lacerazione del polmone	A
3348	Altri interventi di riparazione e plastica sui bronchi	A
3349	Altri interventi di riparazione e plastica sul polmone	A
3350	Trapianto del polmone SAI	D
3351	Trapianto unilaterale del polmone	D
3352	Trapianto bilaterale del polmone	D
336	Trapianto combinato cuore polmone	D
3510	Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione, valvola non specificata	A
3511	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola aortica senza sostituzione	A
3512	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola mitrale senza sostituzione	A
3513	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola polmonare senza sostituzione	A
3514	Valvuloplastica a cuore aperto della valvola tricuspide senza sostituzione	A
3520	Sostituzione di valvola cardiaca non specificata	A
3521	Sostituzione della valvola aortica con bioprotesi	A
3522	Altra sostituzione di valvola aortica con protesi	A
3523	Sostituzione della valvola mitrale con bioprotesi	A
3524	Altra sostituzione di valvola mitrale con protesi	A
3525	Sostituzione di valvola polmonare con bioprotesi	A
3526	Altra sostituzione di valvola polmonare con protesi	A
3527	Sostituzione di valvola tricuspide con bioprotesi	A
3528	Altra sostituzione di valvola tricuspide con protesi	A
3531	Interventi sul muscolo papillare	A
3532	Interventi sulle corde tendinee	A
3533	Annuloplastica	A
3534	Infundibulectomia	A
3535	Interventi sulle trabecole carnose del cuore	A
3539	Interventi su altre strutture adiacenti alle valvole del cuore	A
3591	Trasposizione interatriale del ritorno venoso	A
3592	Creazione di condotto fra ventricolo destro e arteria polmonare	A
3593	Creazione di condotto fra il ventricolo sinistro e l'aorta	A
3594	Creazione di condotto fra atrio e arteria polmonare	A
3595	Revisione di procedure correttive del cuore	A
3596	Valvuloplastica percutanea	A
3598	Altri interventi sui setti del cuore	A
3599	Altri interventi sulle valvole del cuore	A
3581	Correzione totale di tetralogia di Fallot	D
3582	Correzione totale di completa anomalia della connessione venosa polmonare	D
3583	Correzione totale del tronco arterioso	D
3584	Correzione totale di trasposizione di grande vaso non classificato altrove	D
3731	Pericardiectomia	C
3732	Asportazione di aneurisma del cuore	C
3733	Asportazione o distruzione di altra lesione o tessuto del cuore	C
3735	Asportazione parziale di ventricolo	C
374	Riparazione del cuore e pericardio	A
375	Trapianto di cuore	C
3766	Impianto di un sistema di circolazione assistita, impiantabile, pulsatile	C

387	Interruzione della vena cava	B
3921	Anastomosi vena cava e arteria polmonare	B
3922	Bypass aorto-succlavio-carotideo	A
3924	Bypass aorto-renale	A
3954	Intervento di dissezione dell'aorta	C

#### SISTEMA LINFOEMATOPOIETICO

4100	Trapianto di midollo osseo SAI	A
4101	Trapianto di midollo osseo autologo senza purging	A
4102	Trapianto di midollo osseo allogenico con purging	A
4103	Trapianto di midollo osseo allogenico senza purging	A
4104	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche senza purging	A
4105	Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche senza purging	A
4106	Trapianto di cellule staminali da sangue prelevato da vasi del cordone ombelicale	A
4107	Trapianto autologo di cellule staminali ematopoietiche con purging	A
4108	Trapianto allogenico di cellule staminali ematopoietiche con purging	A
4109	Trapianto autologo di midollo osseo con purging	A

#### APPARATO GASTROENTERICO

4240	Esofagectomia, SAI	B
4241	Esofagectomia parziale	B
4251	Esofago-esofagostomia intratoracica	B
4252	Esofago-gastrostomia intratoracica	B
4253	Anastomosi esofagea intratoracica con interposizione di intestino tenue	B
4254	Altra esofago-enteranastomosi intratoracica	B
4255	Anastomosi esofagea intratoracica con interposizione di colon	B
4256	Altra esofagocolostomia intratoracica	B
4258	Anastomosi esofagea intratoracica con altra interposizione	B
4259	Altra anastomosi esofagea intratoracica	B
4261	Esofago-esofagostomia presternale	B
4262	Esofago-gastrostomia presternale	B
4263	Anastomosi esofagea presternale con interposizione di intestino tenue	B
4264	Altra esofagoenterostomia presternale	B
4265	Anastomosi esofagea presternale con interposizione di colon	B
4266	Altra esofagocolostomia presternale	B
4268	Altra anastomosi esofagea presternale con interposizione	B
4269	Altra anastomosi presternale dell'esofago	B
4242	Esofagectomia totale	B
4391	Gastrectomia totale con interposizione intestinale	A
4399	Altra gastrectomia totale	A
4561	Resezione segmentaria multipla dell'intestino tenue	A
4562	Altra resezione parziale dell'intestino tenue	A
4563	Rimozione totale dell'intestino tenue	A
4571	Resezione segmentaria multipla dell'intestino crasso	A
4572	Resezione del cieco	A
4573	Emicolectomia destra	A
4574	Resezione del colon trasverso	A
4575	Emicolectomia sinistra	A
4576	Sigmoidectomia	A
4579	Altra asportazione parziale dell'intestino crasso	A

4590	Anastomosi intestinale, SAI	A
4591	Anastomosi intestinale tenue-tenue	A
4592	Anastomosi dell'intestino tenue al moncone rettale	A
4593	Altra anastomosi intestinale tenue-crasso	A
4594	Anastomosi intestinale crasso-crasso	A
4595	Anastomosi all'ano	A
4620	Ileostomia, SAI	A
4621	Ileostomia temporanea	A
4622	Ileostomia continente	A
4623	Altra ileostomia permanente	A
4624	Ileostomia in due tempi	A
4610	Colostomia, SAI	A
4611	Colostomia temporanea	A
4613	Colostomia permanente	A
4614	Colostomia differita	A
4631	Altra enterostomia in due tempi	A
4632	Digiunostomia [endoscopica] percutanea [PEJ]	A
4639	Altra enterostomia	A
4601	Esteriorizzazione dell'intestino tenue	A
4602	Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino tenue	A
4603	Esteriorizzazione dell'intestino crasso	A
4604	Resezione di segmento esteriorizzato dell'intestino crasso	A
458	Colectomia totale intraaddominale	D
485	Resezione del retto per via addominoperineale	A
4861	Rettosigmoidectomia transsacrale	A
4862	Resezione anteriore del retto con contemporanea colostomia	A
4863	Altra resezione anteriore del retto	A
4864	Resezione posteriore del retto	A
4865	Resezione del retto secondo Duhamel	A
4869	Altra resezione del retto	A
496	Asportazione dell'ano	C
5051	Trapianto di fegato ausiliario	D
5059	Altro trapianto del fegato	D
523	Marsupializzazione di cisti pancreatica	A
524	Drenaggio interno di cisti pancreatica	A
5251	Pancreatectomia prossimale	A
5252	Pancreatectomia distale	A
5253	Pancreatectomia sub-totale radicale	A
5259	Altra pancreatectomia parziale	A
527	Pancreaticoduodenectomia radicale	D
5280	Trapianto del pancreas, SAI	D
5281	Reimpianto di tessuto pancreatico	D
5282	Trapianto omologo di pancreas	D
5283	Trapianto eterologo di pancreas	D
5284	Autotrapianto di cellule delle isole di Langerhans	D
5285	Allotrapianto di cellule delle isole di Langerhans	D
5286	Trapianto di cellule delle Isole di Langerhans SAI	D

#### APPARATO GENITO-URINARIO

5551	Nefroureterectomia	A
5552	Nefrectomia di rene unico	A
5554	Nefrectomia bilaterale	C
5561	Autotrapianto	A
5569	Eterotrapianto (indipendentemente da cadavere o vivente)	A

Nomenclatore degli Interventi Chirurgici MetLife Totale Benessere - Pagina 2 di 3

**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. Amministratori: Eilish Finan (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Merilee Matchett (cittadina australiana), Conall Murphy (cittadino irlandese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Tony O'Riordan (cittadino irlandese).

**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. 1.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.

576	Cistectomia parziale	B
5771	Cistectomia radicale	B
5779	Altra cistectomia totale	B
605	Prostatectomia radicale	A
6241	Orchiectomia bilaterale nello stesso intervento	A
6242	Orchiectomia del testicolo residuo	A
643	Amputazione del pene	C
686	Isterectomia addominale radicale	A
687	Isterectomia vaginale radicale	A
688	Eviscerazione pelvica	A
689	Altra e non specificata isterectomia	A
704	Obliterazione ed asportazione totale della vagina	D
715	Vulvectomia radicale	C
716	Altra vulvectomia	C
7162	Vulvectomia bilaterale	C

8541	Mastectomia semplice monolaterale	A
8545	Mastectomia radicale monolaterale	A
8523	Mastectomia subtotale	A
8547	Mastectomia radicale monolaterale allargata	A
8543	Mastectomia semplice allargata monolaterale	A
8542	Mastectomia semplice bilaterale	B
8544	Mastectomia semplice allargata bilaterale	B
8546	Mastectomia radicale bilaterale	B
8548	Mastectomia radicale bilaterale allargata	B

#### INTERVENTI SULL'APPARATO OSTEO ARTICOLARE E MUSCOLO TENDINEO

7641	Mandibolectomia totale con ricostruzione contemporanea	B
7642	Altra mandibolectomia totale	B
7643	Altra ricostruzione della mandibola	B

#### AMPUTAZIONI E REIMPIANTI

8400	Amputazione dell'arto superiore, SAI	D
8410	Amputazione dell'arto inferiore, SAI	D
8401	Amputazione e disarticolazione di dita della mano	A
8402	Amputazione e disarticolazione del pollice	A
8403	Amputazione a livello della mano	C
8404	Disarticolazione del polso	C
8405	Amputazione a livello dell'avambraccio	C
8406	Disarticolazione del gomito	C
8407	Amputazione a livello dell'omero	C
8408	Disarticolazione della spalla	D
8409	Amputazione interscapolotoracica	D
8412	Amputazione a livello del piede	A
8413	Disarticolazione della caviglia	A
8414	Amputazione della caviglia a livello dei malleoli della tibia e fibula	A
8415	Altra amputazione al di sotto del ginocchio	B
8416	Disarticolazione del ginocchio	B
8417	Amputazione al di sopra del ginocchio	C
8418	Disarticolazione dell'anca	D
8419	Amputazione addomino-pelvica	D
8421	Reimpianto del pollice della mano	A
8422	Reimpianto di dita della mano	A
8423	Reimpianto di avambraccio, polso o mano	A
8424	Reimpianto dell'arto superiore	A
8425	Reimpianto di dito del piede	A
8426	Reimpianto del piede	A
8427	Reimpianto della gamba o della caviglia	A
8428	Reimpianto della coscia	A
8429	Altro reimpianto	A

#### APPARATO MAMMARIO

8525	Asportazione del capezzolo	A
------	----------------------------	---

# CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Garanzie di Assistenza – Polizza Collettiva n. 110623

**MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre gratuitamente agli assicurati della polizza *Totale Benessere* le garanzie di assistenza più avanti elencate, in virtù della Polizza Collettiva n. 110623, stipulata in qualità di contraente con Inter Partner Assistance SA Rappresentanza Generale per l'Italia.**

**MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia è esonerata da qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni di assistenza previste.**

## GLOSSARIO

**Assicurato:** il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, che ha acquistato la polizza infortuni *Totale Benessere*.

**Assistenza:** l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un Sinistro, tramite la Centrale Operativa della Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A.

**Centrale Operativa:** la struttura organizzativa della Società, costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che in virtù di preesistente convenzione con la Società provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

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

**Domicilio:** il luogo in Italia dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.

**Familiare:** la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato. In particolare:

- se l'Assicurato, al momento dell'acquisto della polizza *Totale Benessere*, ha scelto l'opzione coppia, la copertura viene estesa alternativamente al coniuge non divorziato o separato legalmente presente nello stato di famiglia, al partner civile non divorziato o al convivente more uxorio stabilmente convivente con l'Assicurato nella stessa residenza;
- se l'Assicurato, al momento dell'acquisto della polizza *Totale Benessere*, ha scelto l'opzione famiglia, in aggiunta ad uno dei soggetti previsti per l'opzione coppia, sono assicurati anche i figli dell'Assicurato presenti nello stato di famiglia e fiscalmente "a carico".

**Inabilità temporanea (IT):** la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.

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

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

**Italia:** il territorio della Repubblica italiana, comprese la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

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

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

**My Doctor:** servizio complementare all'assistenza sanitaria di base dell'Assicurato accessibile 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, tramite chiamata telefonica o video chiamata attraverso una linea dedicata. Il servizio è disponibile a domicilio, in ufficio, in trasferta per motivi di lavoro o in vacanza.

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

**Polizza:** la polizza di assistenza offerta gratuitamente all'Assicurato da parte della Contraente.

**Premio:** la somma dovuta dalla Contraente alla Società.

**Residenza:** il luogo in Italia dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

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

**Società:** Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.

## Art. 1 – Assicurati

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato e del suo Familiare, così come indicato nel Glossario, in caso di sottoscrizione di apposita opzione al momento dell'acquisto della polizza *Totale Benessere*, purché presente nell'elenco degli aventi diritto.

## Art. 2 – Estensione territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti in Italia.

## Art. 3 – Operatività della Polizza

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

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

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

## Art. 4 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

## **Art. 5 – Altre assicurazioni**

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art.1910 c.c., è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi.

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art.1910 c.c.

## **Art. 6 – Rimborso delle somme spese per prestazioni indebitamente ricevute**

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di Polizza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

## **Art. 7 – Modalità di accesso alla Centrale operativa**

Per la fornitura delle prestazioni la Società si impegna a mettere a disposizione degli assicurati la propria Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24, accessibile tramite il Numero Verde dedicato a chiamata gratuita 800.221812 e la linea urbana +39 06.42115 781.

## **Art. 8 – Comunicazioni per l'operatività della polizza**

Per l'attivazione delle prestazioni di Assistenza è necessario aver acquistato la polizza infortuni *Totale Benessere* emessa dalla Contraente. È a cura della Contraente la raccolta e l'invio alla Società dell'elenco contenente i dati identificativi degli assicurati beneficiari delle prestazioni di Assistenza.

## **Art. 9 – Decorrenza e durata delle singole coperture**

Il periodo di assicurazione nei confronti di ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24:00 della data di acquisto della polizza infortuni *Totale Benessere* e cessa alle ore 24:00 del 365° giorno successivo a tale data. L'assicurazione si rinnova tacitamente di anno in anno per tutto il periodo di durata della polizza *Totale Benessere*.

In caso di disdetta della Polizza Collettiva stipulata dalla Contraente con la Società, la data di termine della Polizza Collettiva viene considerata come ultimo giorno utile alla messa in copertura di nuovi assicurati. Le adesioni attivate successivamente a tale data, non potranno essere considerate valide. Resta inteso che le coperture già attivate resteranno in vigore fino alla loro naturale scadenza annuale, fermo il diritto di richiedere il relativo premio.

## **Art. 10 – Documentazione per gli assicurati**

La Contraente si impegna a mettere a disposizione degli assicurati una copia delle Condizioni di assicurazione, contenenti le informazioni sulla Compagnia, la descrizione delle prestazioni di Assistenza fornite e le relative limitazioni ed esclusioni.

Il mancato adempimento di tale onere comporterà responsabilità diretta della Contraente nei confronti dell'Assicurato nonché per eventuali danni subiti dalla Società o sanzioni pecuniarie alla stessa comminate.

## **Art. 11 – Limiti di esposizione e loro superamento**

I massimali indicati per le prestazioni assicurative previste in Polizza, si intendono al lordo di qualsiasi imposta o altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una prestazione, sempreché contemplata e preventivamente autorizzata dalla Società, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), ferme restando le eventuali esclusioni e/o franchigie previste.

Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai massimali fissati in Polizza, la Società potrà, su richiesta dell'Assicurato, provvedere all'anticipo degli stessi previa presentazione di opportuna garanzia ritenuta tale ad insindacabile giudizio della Società. L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 30 (trenta) giorni dall'erogazione della stessa; trascorso tale termine la Società potrà richiedere anche i relativi interessi al corrente tasso legale.

## **Art. 12 – Mancato utilizzo delle prestazioni / limiti di responsabilità**

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per sua negligenza, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto. La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento dovuto all'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'Assistenza o a causa di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile.

## **Art. 13 – Valuta di pagamento**

I rimborsi vengono corrisposti in Italia in euro. Nel caso di spese sostenute in paesi non appartenenti all'Unione Europea, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

## **Art. 14 – Foro competente**

Il Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede l'Assicurato.

## **Art. 15 – Termine di prescrizione**

Il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c.

## **Art. 16 – Rinvio alle norme di legge**

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme dettate in materia dalla Legge italiana.

## **Art. 17 – Prestazioni Garantite**

Il Programma Assicurativo comprende le garanzie di Assistenza di seguito elencate. Le garanzie operano esclusivamente a seguito di Infortunio.

### **01 – Consulto medico telefonico**

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

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

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

### **02 – Network convenzionato (Prestazione operante da lunedì al venerdì dalle ore 09.00 alle ore 18.00, esclusi i festivi infrasettimanali)**

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia improvvisa, necessiti di una prestazione medica specialistica, di un esame diagnostico, di laboratorio o di un ricovero, la Centrale Operativa fornirà informazioni di carattere medico/sanitario riguardo a:

- singole strutture convenzionate (con indicazione della loro ubicazione);
- prestazioni specialistiche;
- nominativo degli specialisti accreditati e loro reperibilità;
- esami diagnostici;
- ricoveri presso centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati.

Resta inteso che la Centrale Operativa, non provvederà ad effettuare la prenotazione della prestazione ma fornirà una consulenza immediata sulla struttura sanitaria più idonea al caso.

### **03 – Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza**

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

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

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

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

### **04 – Teleconsultazione (My Doctor)**

Qualora l'Assicurato abbia bisogno di organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa trasferirà la chiamata al proprio servizio medico che valuterà, con il consenso dell'Assicurato, se proseguire il colloquio per telefono o passare alla modalità video chiamata, il tutto protetto dal segreto medico.

### **05 – Prescrizione medica**

Successivamente alla Teleconsultazione (My Doctor) la Società, qualora il medico a suo insindacabile giudizio ritenga necessaria la prescrizione di un farmaco, potrà trasmettere una ricetta medica bianca presso la farmacia più vicina al luogo in cui trova l'Assicurato in Italia, in modo che quest'ultimo o un suo delegato possano acquistare il medicinale prescritto.

### **06 – Consegna farmaco**

Qualora l'Assicurato versi in condizioni di temporanea inabilità, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio (o al luogo in Italia dove questi risiede temporaneamente). La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il luogo in cui si trova l'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti nel più breve tempo possibile e comunque entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

### **07 – Secondo parere medico (Second opinion)**

Qualora l'Assicurato sia affetto da una patologia e/o necessiti di interventi chirurgici, potrà contattare la Centrale Operativa per ottenere un "parere medico complementare" da parte di uno specialista e ricevere eventuali indicazioni diagnostiche o terapeutiche suppletive.

Il servizio fornisce il parere medico complementare relativamente alle seguenti patologie (a titolo esemplificativo ma non esaustivo):

- oncologiche;
- cerebrovascolari;
- neurologico degenerative (e.g. sclerosi multipla);
- del cuore e dei grandi vasi (e.g. Infarto del miocardio, scompenso cardiaco, aneurisma aortico, ecc);
- insufficienza renale;
- problemi ortopedici/fratture;
- diabete;
- patologie pediatriche;
- gastroenterologiche;
- dermatologiche;
- oculistiche;
- endocrinologiche;
- pneumologiche;

- geriatriche;
- psicologiche;
- ginecologiche;
- urologiche.

Il parere medico complementare, inviato a seguito del ricevimento della documentazione clinica completa, conterrà:

- il parere dello specialista;
- eventuali suggerimenti sulla terapia e raccomandazioni per controlli aggiuntivi;
- risposte a possibili quesiti.

La prestazione ha finalità esclusivamente informative e di consulenza diagnostico-terapeutica all'Assicurato, e non intende modificare l'orientamento diagnostico del medico curante.

Il servizio di Second Opinion non è ripetibile, pertanto non può essere richiesto per patologie per le quali sia già stata effettuata una volta la prestazione.

## Art. 18 – Esclusioni

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

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

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

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

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

Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato:

- in mare, lago, montagna o deserto;
- per partecipazioni ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie;
- in caso sci fuoripista (fatto salvo quanto indicato all'art. 11), salto da trampolino con sci, snow-kite;
- in caso di mancato uso del casco protettivo come previsto dalla legge 363/2003;
- a seguito di slavine, da qualsiasi causa provocate;
- per lo svolgimento di attività sportive praticate a livello professionistico.

## Art. 19 – Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

### 19.1 - Obblighi in caso di Sinistro

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

numero verde **800.221812**

numero nero **06.42115781**

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'Assicurato dovrà inviare un fax al numero **06.4818960**

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste. Inoltre, dovrà qualificarsi come Assicurato *Totale Benessere* e comunicare:

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

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

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

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

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

### In caso di Sinistro Second Opinion

L'Assicurato o il familiare o persona terza, da loro delegata, deve:

- contattare la Centrale Operativa, dal lunedì al venerdì, dalle 9:00 alle 18:00 (esclusi i giorni festivi) ai numeri sopra riportati. La Centrale Operativa, verificata la regolarità della richiesta, provvederà all'apertura del dossier comunicando le modalità di svolgimento della prestazione ed invierà il "questionario dati anamnestici";
- spedire alla Società, al seguente indirizzo:

**Casella Postale 20138  
Via Eroi di Cefalonia  
00128 Spinaceto – Roma**

1. una copia di un documento di identità valido;
2. la documentazione clinica completa, il proprio numero di polizza e il numero del sinistro (fornito dall'operatore della Centrale Operativa al momento della denuncia);
3. il "questionario dati anamnestici" sottoscritto dallo stesso e dal suo medico curante;
4. l'autorizzazione a contattare il suo medico curante;
5. l'autorizzazione alla Società circa il trattamento dei dati forniti;
6. l'autocertificazione dell'Assicurato nella quale dichiara che il proprio caso non rientra tra le fattispecie oggetto di esclusione.

Il servizio medico della Centrale Operativa:

- è a disposizione per fornire informazione circa la raccolta della documentazione clinica completa (dati anamnestici ed esami eseguiti) e la compilazione del "questionario dati anamnestici";
- verifica la completezza dei dati e della documentazione ed eventualmente richiede nuove specifiche all'interessato ed al suo medico curante;
- invia la documentazione completa, con le soluzioni tecnologiche più rapide, ad un centro convenzionato prescelto dalla Centrale Operativa;
- comunica all'interessato il nome dello specialista e/o del centro convenzionato a cui è stata inviata la documentazione;
- invia il parere medico complementare all'interessato o al suo medico curante, contenente l'opinione dello specialista sul caso clinico, eventuali suggerimenti terapeutici e le risposte alle eventuali domande;
- su esplicita richiesta, restituisce la documentazione inviata dall'interessato.

La prestazione potrà essere erogata solo al ricevimento, da parte della Società, della documentazione completa.

## 19.2 - Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a: **Servizio Clienti di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.**

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

*Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (cliente/contraente/aderente alla polizza collettiva/ assicurato/co-assicurato/beneficiario/loro aventi causa) di quanto segue.*

### AVVERTENZA PRELIMINARE

La presente Informativa viene resa dalla Compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) 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 (doc. web n. 1410057).

### 1. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

**Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia**, con sede in Roma Via Carlo Pesenti n. 121, Part. IVA 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151, Tel: 06/42118.1.

### 2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della Compagnia assicurativa, Titolare del Trattamento dei dati, scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia Via Carlo Pesenti n. 121 – 00156 Roma;
- per e-mail: [privacy@axa-assistance.com](mailto:privacy@axa-assistance.com)

### 3. CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Sono oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sotto indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- a. Dati identificativi dell'Interessato, quali ad esempio a titolo esemplificativo: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale;
- b. Dati di categorie particolari dell'Interessato, ai sensi dell'art. 9 del Reg. UE 2016/679, strettamente necessari a dare esecuzione al contratto stipulato.

### 4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali avviene mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

### 5. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), attinenti l'esercizio sia dell'attività assicurativa e riassicurativa sia delle relative attività connesse e strumentali, cui Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge (es: pagamento premi, gestione e liquidazione dei sinistri); finalità di redistribuzione del rischio mediante coassicurazione o riassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi anche di natura assicurativa e relative azioni legali; finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo;

Per le finalità di cui alla lettera a) il trattamento dei dati è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di cui l'Interessato è parte (in proprio o in qualità di rappresentante di una persona giuridica) o per dare esecuzione agli adempimenti precontrattuali relativi a tale contratto. Il trattamento è altresì da considerarsi lecito in quanto l'Interessato ha espresso il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le suddette finalità. Si precisa sia che senza i dati dell'Interessato non si è in grado di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti citati sia che il consenso, seppur revocabile, è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto contrattuale.

## **6. DESTINATARI/CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI**

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori del Titolare del Trattamento, facenti parte dell'organizzazione interna, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare del Trattamento e sotto la sua autorità. Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento.

Per le finalità di cui al punto 5 a) tali soggetti sono:

- a. altri soggetti del settore assicurativo (c.d. "catena assicurativa"), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto stipulato e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di back office di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d. organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (es: ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e. società del gruppo di appartenenza del Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- f. altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

## **7. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI**

Nei casi in cui potrebbe risultare necessario trasferire i dati, anche sensibili, in un luogo al di fuori dell'Unione Europea, Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia garantisce ai dati un livello di protezione simile a quello richiesto dalla legge italiana ed europea sulla protezione dei dati, in linea con la normativa sul trasferimento e con le Binding Corporate Rules del gruppo di appartenenza.

## **8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo necessario per le finalità indicate in precedenza e nel rispetto della normativa vigente.

Alcuni dati personali saranno conservati anche successivamente alla fine del rapporto contrattuale, in particolare al fine di risolvere eventuali controversie e per procedimenti legali in corso o futuri, mantenere registrazioni dei nostri servizi, e in ogni caso tutelare diritti innanzi all'Autorità Giudiziaria ed in ogni altra sede giurisdizionale o extra giudiziale. I dati personali saranno trattati in sicurezza, confidenzialità, e saranno mantenuti accurati ed aggiornati per il periodo di durata di utilizzo qui autorizzato. Alla fine del periodo di conservazione, i dati personali saranno resi anonimi o distrutti.

## **9. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

L'Interessato in merito ai dati personali ha il diritto di chiedere al Titolare del Trattamento:

- a. l'accesso;
- b. la rettifica;
- c. la cancellazione;
- d. la limitazione del trattamento.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare del Trattamento:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare del Trattamento, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare del Trattamento

cui li ha forniti;

- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamo potrà pervenire al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
1. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma*;
  2. all'indirizzo e-mail: [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it), oppure posta certificata: [protocollo@pec.gpdp.it](mailto:protocollo@pec.gpdp.it);
  3. fax al numero: 06/696773785.

## **10. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI**

Il Titolare del Trattamento ottiene i dati personali raccogliendoli direttamente presso l'Interessato oppure presso i propri addetti (interni ed esterni) all'attività di intermediazione assicurativa od outsourcer che entrano in contatto con l'Interessato (i quali agiscono in qualità di autonomi titolari o di responsabili esterni del trattamento dati).

## **11. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI**

dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione. La nostra policy sui cookie, presente sui nostri siti internet, fornisce informazioni circa i termini di utilizzo dei cookie. Durante il primo accesso al sito del Titolare del Trattamento sarà richiesto di prestare il consenso all'utilizzo dei cookie secondo quanto previsto nella relativa policy raggiungibile tramite link presente sulla homepage.

## **12. DATI DEI MINORI**

Alcune informazioni sui minori possono essere raccolte e utilizzate dal Titolare del Trattamento in relazione alla sottoscrizione del contratto o all'erogazione del servizio.