

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Silver Protection

Contratto di Assicurazione Infortuni

Convenzione assicurativa n. AH/22/037 stipulata da Compass Banca S.p.A. 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
- Fac-simile del Modulo di adesione al Programma Assicurativo

Garanzie aggiuntive gratuite

Garanzie di Assistenza

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre agli assicurati della polizza Silver Protection le garanzie di assistenza di seguito elencate:

Consulto medico telefonico; Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza; Trasferimento medico programmato; Reperimento e consegna farmaci; Prelievo campioni; Consegna esito esami; Assistenza infermieristica; Invio di fisioterapista; Reperimento di presidi medico-chirurgici; Teleconsultazione; Prescrizione medica; Consegna farmaco.

Per maggiori informazioni consulta le Condizioni di assicurazione relative alle Garanzie di Assistenza che troverai allegate in calce al presente documento

Informazioni importanti

La polizza assicurativa è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato da Compass Banca S.p.A. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Compass Banca S.p.A.

L'assicurato può **recedere** dal contratto contattando la Compagnia al Numero Verde 800.319.665 oppure mediante semplice richiesta scritta (in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione sul sito internet www.metlife.it) da inviare alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R.

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

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



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

Prodotto:
Silver Protection – Convenzione n. AH/22/037

Questo documento è stato aggiornato in data 12/01/2026 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 **facoltativa** che ha lo scopo di proteggere l'assicurato in caso di infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero. Compass Banca Spa, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. AH/22/037, offre la polizza ai propri clienti. La polizza **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato da Compass Banca Spa. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Compass Banca Spa.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Frattura ossea da infortunio**
Somma assicurata: indennizzo indicato nel modulo di adesione per ogni frattura ossea tra quelle garantite.
La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio che causa una frattura ossea tra quelle garantite, fino a 3 sinistri per annualità assicurativa.
- ✓ **Lussazione da infortunio**
Somma assicurata: indennizzo indicato nel modulo di adesione per ogni lussazione tra quelle garantite.
La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio che causa una lussazione tra quelle garantite, fino a 3 sinistri per annualità assicurativa.
- ✓ **Commozione cerebrale da infortunio**
Somma assicurata: indennizzo indicato nel modulo di adesione.
La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio che causa una commozione cerebrale, fino a 3 sinistri per annualità assicurativa.
- ✓ **Ustione da infortunio**
Somma assicurata: indennizzo indicato nel modulo di adesione.
La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un infortunio che causa un'ustione, fino a 3 sinistri per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da Ricovero da infortunio domestico**
Somma assicurata: indennizzo giornaliero indicato nel modulo di adesione.
La somma assicurata è raddoppiata se il ricovero avviene in reparto di terapia intensiva.
La compagnia paga la somma assicurata per ogni giorno di ricovero con pernottamento dell'assicurato a seguito di infortunio domestico, fino a 120 giorni per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da Convalescenza post Ricovero da infortunio domestico**
Somma assicurata: indennizzo giornaliero indicato nel modulo di adesione.
La compagnia paga la somma assicurata per ogni giorno di convalescenza post ricovero dell'assicurato a seguito di infortunio domestico, fino a 30 giorni per annualità assicurativa.
- ✓ **No Claims bonus**
Somma assicurata: nel caso in cui, per 3 anni consecutivi, non sia stato liquidato alcun sinistro, la compagnia applica uno sconto del 20% sull'importo del premio relativo all'annualità assicurativa successiva.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

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



Ci sono limiti di copertura?

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

- ! guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione generale, occupazione militare ed invasione; se l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino o dallo Stato della Città del Vaticano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- ! danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- ! delitti dolosi compiuti 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 e cronico;
- ! tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere;
- ! attività sportive remunerate;
- ! qualsiasi incidente aereo o di volo, ad eccezione del caso in cui l'assicurato si trovi come semplice passeggero a bordo di un volo autorizzato al trasporto di passeggeri;
- ! infortuni antecedenti alla data di inizio della polizza;
- ! malattia mentale o nervosa se causa o concausa del sinistro.

Per la garanzia **Frattura ossea** sono inoltre escluse:

- ! le lesioni cartilaginee.

Per la garanzia **Lussazione** sono inoltre escluse:

- ! le lussazioni che colpiscono la medesima parte anatomica (recidiva).

Per la garanzia **Diaria da Ricovero** sono inoltre escluse:

- ! le degenze diurne in day hospital.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie **Diaria da ricovero** e **Diaria da convalescenza post ricovero** sono valide a condizione che l'infortunio domestico si sia verificato in Italia e il ricovero sia avvenuto in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.
- ✓ Tutte le altre garanzie sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'assicurato si rechi all'estero per un periodo massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di pagare il premio.

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



Quando e come devo pagare?

Il premio è annuale e comprensivo di imposta. La Compagnia consente il frazionamento mensile del premio senza costi aggiuntivi a carico dell'assicurato.

Il premio viene corrisposto alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario intestato all'assicurato, con la frequenza di pagamento scelta dal medesimo (annuale o mensile) ed indicata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. 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, a condizione che il premio sia pagato alle scadenze previste dal contratto. La polizza ha durata annuale.

Successivamente essa si rinnova tacitamente di anno in anno a condizione che, alla data del rinnovo, l'assicurato non abbia ancora compiuto 85 anni, sia in possesso dei requisiti di assicurabilità e non abbia iniziato a percepire una pensione di invalidità permanente, salvo disdetta.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, puoi recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di acquisto della polizza, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure mediante **semplice richiesta scritta** (in forma libera o utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione sul sito internet www.metlife.it) da inviare alla Compagnia a mezzo di **lettera raccomandata A/R**. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della telefonata o di invio della lettera raccomandata.** In tal caso, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, hai diritto di ottenere il rimborso totale del premio pagato.

Puoi comunque disdire la polizza ad ogni ricorrenza di pagamento del premio, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare alla Compagnia a mezzo di **lettera raccomandata A/R**, con almeno 30 giorni di preavviso. In tal caso le garanzie cessano alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il premio e la polizza non sarà più rinnovata.

Assicurazione Infortuni

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



Prodotto: Silver Protection – Convenzione n. AH/22/037

Questo documento è stato aggiornato in data 12/01/2026 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi, nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Società

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

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

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. al 31 dicembre 2024 è pari a € 926.834.000 e comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000, rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000, suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 922.455.000. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 161%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 673.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.085.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 303.000.000. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Compass Banca Spa, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. AH/22/037, offre la polizza infortuni facoltativa ai propri clienti che vogliono proteggersi in caso di infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero.

Sono assicurabili le persone che, al momento dell'acquisto della polizza:

- sono residenti in Italia;
- sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- abbiano un'età compresa tra 60 e 80 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: 55,00 % del premio netto imposte (inclusi nell'importo del premio)

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	È possibile presentare un reclamo su carta libera oppure usando il modulo che si trova nella sezione "Assistenza Clienti/Reclami" del sito www.metlife.it: ▪ scrivendo a MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma; ▪ inviando una email a reclami@metlife.it; ▪ inviando un fax al numero 06.49216300. MetLife risponde: ▪ entro 45 giorni dal ricevimento; ▪ entro 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. Il contraente/assicurato può fare reclamo anche all'Autorità di Vigilanza dello Stato di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c.: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland o Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitrato assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio presentare ricorso all'Arbitro assicurativo o effettuare il tentativo di Mediazione.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). Per le controversie relative ai contratti assicurativi, prima di ricorrere all'Autorità giudiziaria è obbligatorio effettuare il tentativo di Mediazione o presentare ricorso all'Arbitro assicurativo.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a MetLife.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici 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. Per risolvere le liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al contratto si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi versati sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni pari al 2,5%.
---	--

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.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Infortuni Silver Protection – Convenzione assicurativa n. AH/22/037
stipulata da Compass Banca S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia
Questo documento è stato aggiornato in data 12/01/2026 ed è l'ultimo disponibile

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

INDICE

GLOSSARIO	2
SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI.....	3
Art. 1 – Caratteristiche del prodotto.....	3
Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo	3
2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto	3
2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo	4
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo	4
2.4 – Recesso	4
2.5 – Disdetta	4
Art. 3 – Premio assicurativo.....	4
3.1 – Premio	4
3.2 – Modalità di pagamento del Premio	4
3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi	5
3.4 – Rivedibilità del Premio	5
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti.....	5
Art. 5 – Aggravamento e diminuzione del rischio in corso di Contratto.....	5
Art. 6 – Legge applicabile.....	5
Art. 7 – Prescrizione	5
Art. 8 – Risoluzione delle controversie.....	5
8.1 – Foro competente / Arbitrato assicurativo / Procedimento di mediazione	5
8.2 – Arbitrato	5
Art. 9 – Valuta.....	6
Art. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione.....	6
Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione.....	6
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO	6
Art. 12 – Programma Assicurativo	6
Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie.....	6
Art. 14 – Persone assicurabili.....	6
Art. 15 – Esclusioni valide per tutte le garanzie.....	7
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO	7
Art. 16 – Frattura ossea a seguito di Infortunio	7
16.1 – Oggetto della garanzia	7
16.2 – Esclusioni.....	7
16.3 – Prestazione massima.....	7
Art. 17 – Lussazione a seguito di Infortunio.....	8
17.1 – Oggetto della garanzia	8
17.2 – Esclusioni.....	8
17.3 – Prestazione massima.....	8
Art. 18 – Commozione cerebrale a seguito di Infortunio.....	8
18.1 – Oggetto della garanzia	8
18.2 – Prestazione massima.....	8
Art. 19 – Ustione a seguito di Infortunio.....	9
19.1 – Oggetto della garanzia	9
19.2 – Prestazione massima.....	9
Art. 20 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio domestico	9
20.1 – Oggetto della garanzia	9
20.2 – Esclusioni.....	9
20.3 – Prestazione massima.....	9
Art. 21 – Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio domestico	9
21.1 – Oggetto della garanzia	9
21.2 – Prestazione massima.....	9
Art. 22 – No Claims bonus	10
22.1 – Oggetto della garanzia	10

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	10
Art. 23 – Denuncia di Sinistro	10
Art. 24 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	10
Art. 25 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro	10
SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	11
Art. 26 – Richiesta di Informazioni	11
Art. 27 – Reclami	11
27.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni	11
27.2 – Reclami all'Intermediario	11
27.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza	11
INFORMATIVA PRIVACY	12
MODULO DI DENUNCIA SINISTRO	

GLOSSARIO

Abitazione: l'insieme dei locali costituenti l'intero fabbricato unifamiliare oppure un'unità immobiliare destinati a civile abitazione - comprese le pertinenze (soffitte, cantine, giardini, balconi, ecc.) ed escluse le parti comuni condominiali (terrazzi, scale, androni, ecc.) - ove l'Assicurato ha la propria residenza e/o domicilio.

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

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

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

Assicurato: la persona fisica sulla cui persona viene stipulato il Contratto, che aderisce al Programma Assicurativo e sostiene il pagamento del Premio.

Attività domestica: attività svolta all'interno dell'Abitazione, eccetto l'esercizio di una qualsiasi professione, arte o mestiere cui si dedichi abitualmente l'Assicurato.

Beneficiario: l'Assicurato.

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

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

Conclusione del Contratto: il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'acquisto della Polizza di persona o a distanza, anche con Firma elettronica, in conformità con quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento IVASS n. 40/2018.

Contraente: Compass Banca S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Via Caldera, 21/D - 20153 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000203141, in data 05/10/2007.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato tra l'Assicurato e la Compagnia di persona o a distanza, anche con Firma elettronica.

Convalescenza: il periodo di tempo, immediatamente successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per riabilitazione e cure.

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 dal Programma Assicurativo.

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

Firma elettronica:

- **avanzata grafometrica:** firma autografa acquisita in formato digitale tramite un *tablet* con contestuale registrazione dei dati biometrici del firmatario. Tale soluzione di firma è offerta dalla Contraente in virtù di un apposito accordo con un ente certificatore, che opera quale certificatore accreditato ai sensi dell'art. 29 del Decreto Legislativo 5 marzo 2005, n. 82 e successive modifiche;
- **digitale:** un particolare tipo di firma elettronica qualificata basata su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici.

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

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

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

Infortunio domestico: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che si verifica all'interno dell'Abitazione, durante lo svolgimento di un'Attività domestica, e dal quale derivino lesioni obiettivamente constatabili.

Intermediario: il soggetto iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, che è incaricato della distribuzione della Polizza.

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

Italia: il territorio della Repubblica italiana.

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

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

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

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

Modulo di adesione al Programma Assicurativo: il documento sottoscritto dall'Assicurato, anche con Firma elettronica, che prova l'acquisto della Polizza.

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 dell'Assicurato, sia utilizzato per la Conclusione del Contratto.

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

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una Polizza infortuni **facoltativa** che ha lo scopo di proteggere l'Assicurato in caso di Infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero. Compass Banca S.p.A., in qualità di Contraente della Convenzione collettiva n. AH/22/037, offre la Polizza ai propri clienti.

La Polizza **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato dalla Contraente. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con la Contraente.

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; **è comunque escluso qualsiasi incidente aereo o di volo, ad eccezione del caso in cui l'assicurato si trovi come semplice passeggero a bordo di un volo autorizzato al trasporto di passeggeri;**
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) insurrezione, occupazione militare ed invasione **per un periodo massimo di 14 giorni** dall'inizio delle ostilità, se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dallo Stato della Città del Vaticano in un Paese fino ad allora in pace;
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza **che non siano provocati dall'abuso di psicofarmaci, dall'uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico o da Alcolismo.**

La Compagnia assume il rischio sulla base delle comunicazioni della Contraente e delle dichiarazioni dell'Assicurato.

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

2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si perfeziona al momento dell'acquisto della Polizza di persona o a distanza, anche con Firma elettronica, da parte dell'Assicurato. In caso di acquisto della Polizza a distanza, il Contratto si conclude al momento dell'acquisto anche nel caso in cui l'Assicurato non dovesse sottoscrivere e restituire alla Compagnia il Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Se il Contratto si perfeziona a distanza o con Firma elettronica, l'Assicurato potrà scegliere la modalità di invio (formato cartaceo o elettronico) della documentazione contrattuale e precontrattuale. Resta inteso che l'Assicurato potrà richiedere

gratuitamente un duplicato informatico o cartaceo dei documenti sottoscritti, per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservarli.

2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 della data di acquisto della Polizza e resta attivo per un anno, **a condizione che il Premio sia pagato** alle scadenze previste dal Contratto.

Salvo disdetta, da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 2.5, la Polizza si **rinnova tacitamente** di anno in anno a condizione che, alla data del rinnovo, l'Assicurato:

- non abbia ancora compiuto 85 anni;
- sia in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'art. 14 lett. a) e b);
- non abbia iniziato a percepire una pensione di invalidità permanente, ai sensi dell'art. 14.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) se l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 14 lett. a) e b) oppure inizia a percepire una pensione di invalidità permanente ai sensi dell'art. 14;
- c) in caso di recesso dal Contratto;
- d) in caso di disdetta del Contratto.

Nei casi a) e d) la Polizza cessa, rispettivamente, alla data del decesso o alla data della disdetta. In tali casi non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nel caso b) la Polizza cessa alla data in cui l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità oppure inizia a percepire una pensione di invalidità permanente. In tal caso la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte (pari al 2,5% dell'ammontare del Premio) e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nel caso c) la Polizza cessa alla data del recesso e la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 2.4.



La Polizza non è connessa ad alcun prodotto finanziario collocato dalla Contraente. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con la Contraente.

2.4 – Recesso

L'Assicurato 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 mediante **semplice richiesta scritta** (in forma libera o utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione sul sito internet www.metlife.it) da inviare alla Compagnia a mezzo di **lettera raccomandata A/R**. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della telefonata o di invio della lettera raccomandata**. In tal caso, la Compagnia, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, restituirà all'Assicurato il Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte (pari al 2,5% dell'ammontare del Premio).

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza, l'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla medesima una **lettera raccomandata A/R, entro 60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della telefonata o di invio della lettera raccomandata. In tal caso la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio già pagato, al netto delle imposte (pari al 2,5% dell'ammontare del Premio) e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

2.5 – Disdetta

L'Assicurato ha diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare alla Compagnia a mezzo di **lettera raccomandata A/R, con almeno 30 giorni di preavviso**. In tal caso le garanzie cessano alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il Premio ed il Programma Assicurativo non sarà più rinnovato.

La Compagnia ha diritto di disdire il Contratto ogni 5 anni a partire dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo, dandone comunicazione all'Assicurato con **preavviso di almeno 30 giorni** sulla data di scadenza del quinquennio. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza del quinquennio ed il Contratto non sarà più rinnovato.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio, posto a carico dell'Assicurato, è annuale ed è pari all'importo indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Il Premio è comprensivo di imposte, pari al 2,5%.

La Compagnia consente il frazionamento del Premio su base mensile senza costi aggiuntivi a carico dell'Assicurato.

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 intestato all'Assicurato, con la frequenza di pagamento scelta dal medesimo (annuale o mensile) ed indicata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Il primo mese di Durata del Programma Assicurativo è gratuito.



L'Assicurato dovrà assicurarsi che sul conto corrente bancario utilizzato per il pagamento del Premio vi siano fondi sufficienti. In caso di variazione dei dati relativi al conto corrente bancario, l'Assicurato 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 all'Assicurato, il Programma Assicurativo non sarà sospeso, fermo l'onere per l'Assicurato di attivarsi senza ritardo ai fini della soluzione del problema.

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se, successivamente al primo mese gratuito, l'Assicurato 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, l'Assicurato 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.

L'Assicurato 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 l'Assicurato 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.

3.4 – Rivedibilità del Premio

Nell'ipotesi in cui i dati medi (es. età, rapporto maschi/femmine, sinistrosità, etc.) non dovessero risultare in linea con le ipotesi di tariffazione, la Compagnia si riserva la facoltà di modificare il Premio ogni 5 anni a partire dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo, dandone comunicazione all'Assicurato con un **preavviso di almeno 60 giorni** sulla data di scadenza del quinquennio.

Resta inteso che l'Assicurato potrà recedere dal Contratto senza spese con **preavviso di almeno 30 giorni** sulla data di scadenza del quinquennio, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla medesima una **lettera raccomandata A/R**. Se l'Assicurato non esercita il diritto di recesso, il Contratto proseguirà alle nuove condizioni a partire dal quinquennio successivo.

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. 14.

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 / Arbitrato Assicurativo / Procedimento di mediazione

Per le controversie relative alla Polizza è competente l'Autorità giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del consumatore (Assicurato o Beneficiario). Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio:

- presentare ricorso all'Arbitro assicurativo (Decreto 6/11/2024, n. 215 e modifiche successive) tramite il portale disponibile sul sito internet www.arbitroassicurativo.org;

- effettuare il tentativo di Mediazione (Legge 9/8/2013, n. 98 e modifiche successive) 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

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altri contratti di assicurazione aventi ad oggetto il medesimo rischio.

L'Assicurato non può acquistare più di una Polizza Silver Protection relativa alla Convenzione assicurativa n. AH/22/037. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, la Compagnia considererà valido esclusivamente il Contratto concluso con la data più remota e restituirà all'Assicurato i premi incassati, al netto delle imposte (pari al 2,5% dell'ammontare del Premio) in relazione ai contratti sottoscritti 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

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- **Frattura ossea a seguito di Infortunio;**
- **Lussazione a seguito di Infortunio;**
- **Commozione cerebrale a seguito di Infortunio;**
- **Ustione a seguito di Infortunio;**
- **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio domestico** con raddoppio della prestazione assicurata se il Ricovero avviene in reparto di terapia intensiva;
- **Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio domestico;**
- **No Claims bonus.**

Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie Diaria da Ricovero e Diaria da Convalescenza post Ricovero sono valide **a condizione che l'Infortunio domestico si sia verificato in Italia e il Ricovero sia avvenuto in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.**

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

Art. 14 – Persone assicurabili

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

- a) siano residenti in Italia;
- b) siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- c) abbiano un'età compresa tra 60 e 80 anni.

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



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

Art. 15 – 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 dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione generale, occupazione militare ed invasione; se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino o dallo Stato della Città del Vaticano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- delitti dolosi compiuti 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;
- attività sportive remunerate;
- qualsiasi incidente aereo o di volo, ad eccezione del caso in cui l'assicurato si trovi come semplice passeggero a bordo di un volo autorizzato al trasporto di passeggeri;
- infortuni antecedenti alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo;
- Malattia mentale o nervosa se causa o concausa del Sinistro.

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 16 – Frattura ossea a seguito di Infortunio

16.1 – Oggetto della garanzia

Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una Frattura ossea a seguito di Infortunio tra quelle di seguito riportate, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario l'Indennizzo indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, per ogni Frattura ossea garantita.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

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

FRATTURE OSSEE GARANTITE

- i**
- Anca, bacino, gamba, rotula, femore, tallone;
 - Gomito, avambraccio, braccio, frattura di Colles;
 - Scapola, clavicola, sterno;
 - Una o più dita delle mani o dei piedi, mano, piede;
 - Colonna vertebrale, una o più costole, coccige, cranio;
 - Mascella inferiore o superiore, zigomo, naso.

Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzia che l'Assicurato sia affetto da **osteoporosi** o da **altra Malattia delle ossa**, la garanzia Frattura ossea a seguito di Infortunio opera con riferimento al Sinistro denunciato, dopodiché cessa. Resta inteso che l'Assicurato potrà continuare ad usufruire di tutte le altre garanzie previste dal Programma Assicurativo. Qualora l'Assicurato non sia interessato a mantenere attiva la Polizza, potrà disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla medesima una **lettera raccomandata A/R**, con **preavviso di almeno 30 giorni**.

16.2 – Esclusioni

In aggiunta alle esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le lesioni cartilaginee.

16.3 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **3 sinistri** per Annualità assicurativa, entro il massimale indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Esempi

- 1) Considerando una somma assicurata pari a € 500,00, se l'Assicurato subisce 2 sinistri nel corso della medesima Annualità assicurativa, riportando in ognuno 2 fratture ossee tra quelle garantite, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari ad € 1.500,00.

DATA DEL SINISTRO	FRATTURE RIPORTATE	INDENNIZZO
05/03/2022	2	€ 1.000,00
27/11/2022	2	€ 500,00€ – massimale raggiunto

- 2) Considerando una somma assicurata pari a € 500,00, se l'Assicurato subisce 4 sinistri nel corso della medesima Annualità assicurativa, riportando in ognuno 1 frattura ossea tra quelle garantite, la Compagnia corrisponde un Indennizzo complessivo pari ad € 1.500,00.

DATA DEL SINISTRO	FRATTURE RIPORTATE	INDENNIZZO
05/03/2022	1	€ 500,00
10/07/2022	1	€ 500,00
22/08/2022	1	€ 500,00
27/12/2022	1	Nessuno – massimale raggiunto

Art. 17 – Lussazione a seguito di Infortunio

17.1 – Oggetto della garanzia

Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una Lussazione a seguito di Infortunio tra quelle di seguito riportate, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario l'Indennizzo indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, per ogni Lussazione garantita.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

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

LUSSAZIONI GARANTITE

- Colonna vertebrale, schiena
- Ginocchio, caviglia
- Spalla, scapola, clavicola
- Anca, bacino
- Polso, gomito, mascella
- Una o più dita delle mani o dei piedi, mano, piede

17.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, è esclusa dal Programma Assicurativo la Lussazione che colpisca la medesima parte anatomica (recidiva).

17.3 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **3 sinistri** per Annualità assicurativa, entro il massimale indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Esempi

- 1) Considerando una somma assicurata pari a € 500,00, se l'Assicurato subisce 2 sinistri nel corso della medesima Annualità assicurativa, riportando in ognuno 2 lussazioni tra quelle garantite, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari ad € 1.500,00.

DATA DEL SINISTRO	LUSSAZIONI RIPORTATE	INDENNIZZO
05/03/2022	2	€ 1.000,00
27/11/2022	2	€ 500,00€ – massimale raggiunto

- 2) Considerando una somma assicurata pari a € 500,00, se l'Assicurato subisce 4 sinistri nel corso della medesima Annualità assicurativa, riportando in ognuno 1 Lussazione tra quelle garantite, la Compagnia corrisponde un Indennizzo complessivo pari ad € 1.500,00.

DATA DEL SINISTRO	LUSSAZIONI RIPORTATE	INDENNIZZO
05/03/2022	1	€ 500,00
10/07/2022	1	€ 500,00
22/08/2022	1	€ 500,00
27/12/2022	1	Nessuno – massimale raggiunto

Art. 18 – Commozione cerebrale a seguito di Infortunio

18.1 – Oggetto della garanzia

Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una Commozione cerebrale a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario l'Indennizzo indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- la Commozione cerebrale derivi da un trauma improvviso dell'organo cerebrale focale che abbia comportato una perdita, anche se momentanea, della coscienza e/o della sensibilità e/o dell'attività circolatoria e respiratoria.

18.2 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **3 sinistri** per Annualità assicurativa, entro il massimale indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Esempio

Considerando una somma assicurata pari a € 500,00, se l'Assicurato subisce 4 sinistri nel corso della medesima Annualità assicurativa, riportando in ognuno 1 Commozione cerebrale, la Compagnia corrisponde un Indennizzo complessivo pari ad € 1.500,00.

Art. 19 – Ustione a seguito di Infortunio

19.1 – Oggetto della garanzia

Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una Ustione a seguito di Infortunio che colpisca una o più parti anatomiche, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario l'Indennizzo indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- la percentuale corporea colpita da Ustione sia pari o superiore al 4,5% del corpo.

19.2 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **3 sinistri** per Annualità assicurativa, entro il massimale indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.



Esempio

Considerando una somma assicurata pari a € 500,00, se l'Assicurato subisce 4 sinistri nel corso della medesima Annualità assicurativa, riportando in ognuno 1 Ustione, la Compagnia corrisponde un Indennizzo complessivo pari ad € 1.500,00.

Art. 20 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio domestico

20.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di Infortunio domestico, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di degenza con pernottamento.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio domestico si sia verificato in Italia e sia avvenuto nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- il Ricovero sia iniziato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- il Ricovero sia disposto da personale medico e documentato da cartella clinica;
- il Ricovero comporti almeno un pernottamento in Istituto di cura;
- il Ricovero sia avvenuto in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.

Al termine del periodo di validità del Programma Assicurativo, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza, **fino a concorrenza dei limiti indicati all'art. 21.3.**



Qualora il Ricovero avvenga in **reparto di terapia intensiva**, l'importo della Diaria da Ricovero corrisposto dalla Compagnia è raddoppiato per ogni giorno di degenza con pernottamento.



Esempio

Considerando una somma assicurata pari a € 150,00, se l'Assicurato viene ricoverato in reparto di terapia intensiva per 10 giorni, la Compagnia corrisponde all'Assicurato un Indennizzo pari a € 3.000,00.

20.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le degenze diurne in Day hospital.

20.3 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **120 giorni** per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.



Esempi

- 1) Considerando una somma assicurata pari a € 150,00 ed il limite massimo di 120 giorni per Annualità assicurativa, se l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura per 130 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 18.000,00.
- 2) Considerando una somma assicurata pari a € 150,00 ed il limite massimo di 120 giorni per Annualità assicurativa, se l'Assicurato viene ricoverato in reparto di terapia intensiva per 130 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 36.000,00.

Art. 21 – Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio domestico

21.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Convalescenza dell'Assicurato successiva ad un Ricovero a seguito di Infortunio domestico, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria indicata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di Convalescenza.

La prestazione viene corrisposta a partire dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di cura a condizione che:

- il Ricovero sia stato indennizzato a termini di Polizza;
- il periodo di Convalescenza sia iniziato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- il periodo di Convalescenza sia stato prescritto in fase di dimissione dall'Istituto di cura oppure dal medico curante entro e non oltre il terzo giorno dalla dimissione dall'Istituto di cura.

21.2 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **30 giorni** per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.

**Esempio**

Considerando una somma assicurata pari a € 150,00 ed il limite massimo di 30 giorni per Annualità assicurativa, qualora sia prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 4.500,00.

Art. 22 – No Claims bonus

22.1 – Oggetto della garanzia

Nel caso in cui, per 3 anni consecutivi, non sia stato liquidato alcun Sinistro in relazione alla Polizza, la Compagnia effettuerà uno sconto del 20% sull'importo del Premio relativo all'Annualità assicurativa successiva.

Lo sconto sarà applicato in via automatica dalla Compagnia a condizione che l'Assicurato:

- sia in regola con il pagamento dei premi;
- nei 2 anni precedenti non abbia già beneficiato dello sconto di Premio.

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 23 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al Numero Verde **800.378.288**.

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. In caso di denuncia incompleta, la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. Resta inteso che la Compagnia potrà comunque 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. 24 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Frattura ossea a seguito di Infortunio

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

Lussazione a seguito di Infortunio

- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risulti la diagnosi e la descrizione dell'intervento chirurgico effettuato

Commozione cerebrale a seguito di Infortunio

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

Ustione a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso con indicazione della percentuale corporea colpita da Ustione rilasciato entro 48 ore dall'evento

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio domestico

- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza

Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio domestico

- Certificato medico originale attestante la necessità ed il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero

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

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 26 – Richiesta di Informazioni

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata contattando la Compagnia al Numero Verde 800.319.665, attraverso il sito web www.metlife.it cliccando su "Assistenza Clienti", oppure scrivendo all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

L'Assicurato ha inoltre la possibilità di accedere all'area riservata **MyMetLife**, disponibile sul sito web della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni e le comunicazioni periodiche relative alla propria Polizza.

Art. 27 – Reclami

27.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

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

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

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

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

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

27.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati per iscritto direttamente alla sua sede ai recapiti di seguito indicati e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni:

COMPASS BANCA SPA - UFFICIO RECLAMI

Via Caldera, 21/D - 20153 Milano | Fax 02.48244964 | Indirizzo e-mail: reclami@compass.it

Indirizzo pec: reclami@pec.compassonline.it

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.

27.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

IVASS

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: ivass@pec.ivass.it

nei seguenti casi:

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

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

MetLife crede fortemente nella protezione della riservatezza e della sicurezza dei dati personali della propria clientela. Questo documento si riferisce alla nostra "Informativa Privacy" e descrive come utilizziamo i suoi dati personali che raccogliamo e riceviamo nel rispetto della Legge Italiana in materia di Privacy (D.lgs. n. 196/2003 o "Codice Privacy", sue successive modifiche e integrazioni, Regolamento (UE) 2016/679 o "GDPR" e relativa legge di attuazione).

Desideriamo informarla che, al fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, nonché per verificare la qualità dei servizi resi, MetLife ha bisogno di trattare i soli dati personali che la riguardano necessari per stipulare ed eseguire il contratto (es. nome, recapiti, incluso e-mail e numeri telefonici, età, data di nascita, sesso, occupazione, etc.) che possono essere acquisiti:

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

Tenuto conto che nella stipula e gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe fornire dati di terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo (ad es. per la designazione beneficiaria o del referente terzo, per l'estensione della copertura ad altri soggetti, quali il nucleo familiare, testimoni, etc.) le precisiamo che è suo onere, fornire la presente informativa ai terzi suddetti, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.

Ai fini dell'emissione e gestione della polizza, potrebbe fornire a MetLife o agli altri intermediari assicurativi che collaborano con MetLife, eventuali dati che la normativa qualifica come "particolari categorie di dati personali" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. la liquidazione di un eventuale sinistro). Per "dato particolare" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale.

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

Desideriamo inoltre informarla che La presente Informativa viene resa da MetLife anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. "catena assicurativa", ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007.

Quali sono i suoi diritti?

Il diritto ad essere informati attraverso un'informativa chiara, trasparente e facilmente comprensibile in merito ai suoi diritti e al trattamento dei suoi dati personali, incluse le particolari categorie di dati.

Il diritto di accesso ai suoi dati personali oggetto di trattamento da parte nostra, per verificare che stiamo utilizzando i suoi dati personali nel rispetto della Legge in materia di protezione dei dati.

Il diritto di rettifica per ottenere la correzione dei suoi dati personali se imprecisi o non corretti.

Il diritto alla cancellazione dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuare ad utilizzarli (c.d. "diritto all'oblio"). Non si tratta di un diritto assoluto alla cancellazione. Potremmo avere il diritto o l'obbligo di conservare alcune informazioni, ad esempio nel caso in cui ciò sia necessario per adempiere ad un obbligo legale - incluso il mantenimento della copertura assicurativa per il tempo contrattualmente previsto - o qualora vi sia un altro valido motivo giuridico per conservarle.

Il diritto alla limitazione del trattamento. In alcune situazioni lei ha il diritto di "bloccare" o limitare un ulteriore utilizzo delle sue informazioni. Quando il trattamento viene limitato, possiamo ancora archiviare le sue informazioni ma non utilizzarle ulteriormente. Teniamo inoltre degli elenchi delle persone che hanno fatto richiesta per "bloccare" un utilizzo ulteriore dei loro dati personali, al fine assicurare che la limitazione del trattamento venga rispettata in futuro.

Il diritto alla portabilità dei dati. Ha il diritto di ottenere copia di alcuni dei suoi dati personali che tratteniamo e riutilizzarli e condividerli per i suoi scopi personali. Il diritto alla portabilità si applica solamente:

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

Il diritto di opporsi al trattamento. Ha il diritto ad opporsi a certi tipi di trattamento dei dati, incluso quello per finalità di marketing diretto (che facciamo solo previo suo consenso).

Diritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione. Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non 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.

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.**

La preghiamo di contattarci nel caso in cui non fosse soddisfatto delle modalità in cui raccogliamo, condividiamo o utilizziamo i suoi dati personali o per revocare il consenso precedentemente reso, ove possibile. Potrà contattarci utilizzando i recapiti sopra riportati. Nel caso in cui non dovesse ritenersi soddisfatto della nostra risposta, ha il diritto di presentare un reclamo all' Autorità Garante per la Protezione dei dati personali, Piazza Monte Citorio, 121 - 00186, Roma, Tel: **(+39) 06.696771** o visitando il sito www.garanteprivacy.it.

Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, e-mail, messaggi SMS, messaggistica istantanea o attraverso altri mezzi di comunicazione elettronici. Archiviamo le chiamate ed altre registrazioni di comunicazioni in sicurezza secondo quanto previsto dalle nostre politiche di conservazione dalle altre Leggi applicabili. L'accesso a tali registrazioni è limitato agli individui che hanno la necessità di accedervi per le finalità indicate nella presente Informativa.

Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

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

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

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

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

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

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

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

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

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

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

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

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Polizza Infortuni Silver Protection – AH/22/037

Dati dell'Assicurato

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

Garanzia per la quale si richiede l'Indennizzo

- ☐ Frattura ossea a seguito di Infortunio
- ☐ Lussazione a seguito di Infortunio
- ☐ Commozione cerebrale a seguito di Infortunio
- ☐ Ustione a seguito di Infortunio
- ☐ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio domestico
- ☐ Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio domestico

Data evento:	Ora:	Luogo:
--------------	------	--------

Descrizione delle cause e delle circostanze:

.....

.....

.....

Riferimenti di Conto Corrente

Intestatario:

IBAN:														
CODICE PAESE	CODICE CONTROLLO	CIN	ABI	CAB	NUMERO DI CONTO CORRENTE									

Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro

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

Frattura ossea a seguito di Infortunio

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

Lussazione a seguito di Infortunio

- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risulti la diagnosi e la descrizione dell'intervento chirurgico effettuato

Commozione cerebrale a seguito di Infortunio

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

Ustione a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso con indicazione della percentuale corporea colpita da Ustione rilasciato entro 48 ore dall'evento

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio domestico

- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza

Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio domestico

- Certificato medico originale attestante la necessità ed il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero

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.

Informativa Privacy

di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia (**titolare 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 "**MetLife**" o "**Società**")

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa e riportate nell'informativa sulla Privacy integralmente consultabile nella nostra pagina web dedicata alla Privacy sul sito www.metlife.it, la informiamo che i dati personali, incluse le particolari categorie di dati¹, da lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati da MetLife al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe esser necessario disporre dei dati di terzi (a titolo esemplificativo: dell'assicurato, se diverso dall'aderente; del beneficiario; dell'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere consegnare la presente informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. Il trattamento di tali dati risulta pertanto necessario alla valutazione della richiesta di indennizzo.

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

Tali dati potranno, inoltre, essere comunicati e trattati da società e/o professionisti di nostra fiducia o da pubbliche Autorità², qualora necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali, per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri, per la condivisione di informazioni connesse alla gestione di eventuali contenzioni, nonché per l'adempimento di obblighi di legge. L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Società.

La invitiamo a consultare l'informativa Privacy di MetLife sul sito www.metlife.it, dove troverà ogni ulteriore informazione e aggiornamenti in merito a quali sono i suoi diritti e come esercitarli (cioè l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'opposizione al trattamento, la portabilità dei dati e il diritto di ottenere chiarimenti in merito alle decisioni automatizzate) i recapiti del Responsabile della Protezione dei dati per ogni comunicazione o reclamo, il periodo di conservazione dei suoi dati, i soggetti a cui i dati possono essere comunicati per la gestione del contratto, anche se in paesi fuori dall'Unione Europea, nel rispetto delle disposizioni di legge e Regolamento vigenti per la tutela della Privacy.

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

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

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

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Garanzie di Assistenza - Polizza n. 201221

Questo documento è stato realizzato in data 07/02/2022 ed è l'ultimo disponibile

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, in virtù della Polizza n. 201221 stipulata in qualità di Contraente con INTER PARTNER ASSISTENZA S.A., intende omaggiare gli assicurati della polizza infortuni e malattia denominata "Silver Protection" con una copertura assicurativa di Assistenza della durata di 12 mesi, tacitamente rinnovabile di anno in anno per tutto il periodo di durata della polizza "Silver Protection". Tutti i dettagli sono descritti nelle Condizioni di Assicurazione.

La Copertura Assicurativa consente di usufruire di una serie di prestazioni relative all'Assistenza alla Persona. La Contraente è esonerata da qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni di assistenza previste.

Glossario

<u>Assicurato:</u>	il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, assicurato con la polizza "Silver Protection".
<u>Assistenza:</u>	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 ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
<u>Centrale Operativa:</u>	la struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 - Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.
<u>Contraente:</u>	il soggetto che stipula l'assicurazione, MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.
<u>Domicilio:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.
<u>Day hospital:</u>	la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.
<u>Estero:</u>	tutti i Paesi del Mondo esclusa l'Italia.
<u>Familiare:</u>	la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.
<u>Inabilità temporanea (IT):</u>	la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.
<u>Infortunio:</u>	il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.
<u>Istituto di cura:</u>	l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, 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.
<u>Italia:</u>	il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
<u>Malattia:</u>	ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad Infortunio:
<u>- improvvisa:</u>	la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato;
<u>- preesistente:</u>	la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.
<u>Massimale:</u>	la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.
<u>Polizza:</u>	il documento che prova il contratto di assicurazione.
<u>Premio:</u>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<u>Residenza:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.
<u>Ricovero/degenza:</u>	la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.
<u>Sinistro:</u>	il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.
<u>Società:</u>	INTER PARTNER ASSISTENZA 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, presente nell'elenco degli aventi diritto, di età compresa tra i 60 e gli 85 anni al momento della scadenza della copertura.

Art. 2 ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nella Repubblica Italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

Art. 3 OPERATIVITA' 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 5 (cinque) sinistri per Assicurato, durante ciascun anno di validità della copertura, ad eccezione delle prestazioni di "Consulto medico telefonico" e "Teleconsultazione/Prescrizione medica" che non prevedono limiti di numero di interventi;
- 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. 42 115 781.

Art. 8 COMUNICAZIONI PER L'OPERATIVITA' DELLA POLIZZA

Per l'attivazione della copertura è necessario rientrare nell'elenco degli aventi diritto alle prestazioni, ovvero aver aderito alla polizza infortuni "Silver Protection" emessa dalla Contraente. È a cura della Contraente la raccolta e l'invio alla Società dell'elenco contenente i dati identificativi degli assicurati beneficiari dei servizi assicurativi.

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 messa in copertura, che coincide con la data di decorrenza della polizza "Silver Protection", e cessa alle ore 24:00 del 365° giorno successivo a tale data. L'assicurazione si rinnova tacitamente di anno in anno e rimane in vigore per tutto il periodo di durata della polizza infortuni "Silver Protection".

In caso di disdetta della Polizza n. 201221, la data di "termine del contratto" viene considerata come ultimo giorno utile alla messa in copertura di nuovi assicurati.

Le adesioni attivate successivamente a tale termine, non potranno essere considerate valide al fine della copertura assicurativa. 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 copia delle "Condizioni di Assicurazione per l'Assicurato", contenenti le informazioni sulla Compagnia, la descrizione delle prestazioni 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.

ASSISTENZA ALLA PERSONA

Art. 17 PRESTAZIONI GARANTITE

Assistenza medica d'urgenza

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 o Malattia Improvvisa. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni sulla campagna vaccinale e sulle eventuali controindicazioni ed effetti collaterali:
 - informazioni sulla vaccinazione anti-Covid, secondo le linee guida ministeriali,
 - informazioni su altri vaccini, come ad esempio, vaccino trivalente (antimorbillo, antirosolia, antiparotite), antivaricella, antitetanica, antidifterica, ecc.
- 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 - 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.

03 - Trasferimento sanitario programmato

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

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

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

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

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

Sono escluse dalla prestazione:

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

Assistenza domiciliare sanitaria

04 - Reperimento e consegna farmaci

Qualora l'Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, versi in condizioni di temporanea inabilità di almeno 7 giorni,

comprovata da certificazione del medico curante, potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio. 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 domicilio dell'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di almeno 48 (quarantotto) ore.

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

05 - Prelievo campioni

Qualora l'Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, versi in condizioni di temporanea inabilità di almeno 7 giorni,

comprovata da certificazione del medico curante, necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di organizzare il prelievo presso il proprio domicilio.

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

La Società terrà a proprio carico i costi relativi al prelievo, mentre restano a carico dell'Assicurato i costi degli esami e degli accertamenti diagnostici effettuati presso i laboratori di analisi convenzionati con la Centrale Operativa.

06 - Assistenza infermieristica

Qualora l'Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, versi in condizioni di temporanea inabilità di almeno 7 giorni,

comprovata da certificazione del medico curante, necessiti di essere assistito presso il proprio domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale), potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

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

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

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

07 - Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, versi in condizioni di temporanea inabilità di almeno 7 giorni,

comprovata da certificazione del medico curante, necessiti di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

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

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

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

08 - Consegna esito esami

Qualora l'Assicurato versi in una condizione di temporanea inabilità e necessiti di ritirare con urgenza i referti di accertamenti diagnostici effettuati, come da certificazione del medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa di recapitarli presso il proprio domicilio o consegnarli al medico curante.

La Centrale Operativa provvederà ad inviare un corrispondente al domicilio dell'Assicurato, al quale consegnare la delega per il ritiro dei documenti.

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

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna degli esiti, mentre il costo degli esami resta a carico dell'Assicurato.

09 - Reperimento di presidi medico-chirurgici

Qualora l'Assicurato, nel caso in cui, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritta allo stesso da parte dei medici che lo hanno avuto in cura, uno dei seguenti presidi medico-chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;

la Centrale Operativa provvederà a reperirlo in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 giorni per sinistro.

Se per cause indipendenti alla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la Società provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi, fino alla concorrenza di **euro 250,00** per sinistro.

Il massimale sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il domicilio dell'Assicurato.

Teleconsultazione - My Doctor

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

10 - Teleconsultazione

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.

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 sulla campagna vaccinale e sulle eventuali controindicazioni ed effetti collaterali:
 - informazioni sulla vaccinazione anti-Covid, secondo le linee guida ministeriali,
 - informazioni su altri vaccini, come ad esempio, vaccino trivalente (antimorbillo, antirosolia, antiparotite), antivaricella, antitetanica, antidifterica, ecc.

11 - Prescrizione medica

Successivamente alla Teleconsultazione 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.

12 - 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.

Art. 18 ESCLUSIONI

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

- a) 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);
- b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;

- g) 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;
 - h) ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
 - i) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
 - j) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
- 2) 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.
 - 3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
 - 4) 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.
 - 5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.
 - 6) Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

Art. 19 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 "Silver Protection" 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.

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

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:

- 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;
- 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:

- 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:

- altri soggetti del settore assicurativo (c.d. "catena assicurativa"), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- 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.;
- 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;
- organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (es: ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- 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);
- 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, oppure posta certificata: 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

I 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.

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Polizza Infortuni Silver Protection – Convenzione assicurativa n. AH/22/037

stipulata da Compass Banca S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato aggiornato in data 12/01/2026 ed è l'ultimo disponibile

Codice pratica

INFORMAZIONE IMPORTANTE



La Polizza è **facoltativa** e **non è connessa** ad alcun prodotto finanziario collocato dalla banca. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con la banca.

DATI RICHIEDENTE

Data e Luogo:

AVVERTENZE

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.



L'Assicurato può accedere in ogni momento alle informazioni ed alle comunicazioni periodiche relative alla propria Polizza attraverso l'area riservata MyMetLife sul sito www.metlife.it, registrandosi con il proprio codice fiscale, indirizzo e-mail e copia di un documento di identità valido.

In caso di acquisto della Polizza a distanza, il Contratto si conclude al momento dell'acquisto anche nel caso in cui l'Assicurato non dovesse sottoscrivere e restituire alla Compagnia il presente modulo di adesione.

Informativa relativa alle garanzie e ai costi del Programma Assicurativo

GARANZIE

SOMME ASSICURATE

✓ FRATTURA OSSEA a seguito di Infortunio	€ 500,00 a frattura, fino a 3 sinistri e complessivi € 1.500,00 per Annualità assicurativa
✓ LUSSAZIONE a seguito di Infortunio	€ 500,00 a lussazione, fino a 3 sinistri e complessivi € 1.500,00 per Annualità assicurativa
✓ COMMOZIONE CEREBRALE a seguito di Infortunio	€ 500,00, fino a 3 sinistri e complessivi € 1.500,00 per Annualità assicurativa
✓ USTIONE a seguito di Infortunio	€ 500,00, fino a 3 sinistri e complessivi € 1.500,00 per Annualità assicurativa
✓ DIARIA DA RICOVERO a seguito di Infortunio domestico con raddoppio per Ricovero in terapia intensiva	€ 150,00 al giorno
✓ DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO a seguito di Infortunio domestico	€ 150,00 al giorno
✓ NO CLAIMS BONUS	inclusa
✓ GARANZIE DI ASSISTENZA	incluse

DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO: annuale con tacito rinnovo

PREMIO E COSTI

Il Premio, posto a carico dell'Assicurato, è annuale ed è pari a € 264,00. Il primo mese di copertura assicurativa è gratuito.

Si informa l'Assicurato che l'importo della provvigione percepita dall'Intermediario è pari a € 141,66 (ovvero al 55,00% del Premio netto imposte).

La Compagnia consente il frazionamento del Premio su base mensile senza costi aggiuntivi.

Frazionamento Premio: ☐ mensile ☐ annuale

Mandato per addebito diretto SEPA

L'Assicurato, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza:

- la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente;
- la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia.

IBAN: _____

L'Assicurato ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

Firma (leggibile) _____

Informativa contrattuale e precontrattuale

Il sottoscritto conferma di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi degli artt. 58 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- aver ricevuto copia dell'informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi degli artt. 56 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
 - in caso di sottoscrizione della Polizza con firma autografa, in formato cartaceo;
 - in caso di sottoscrizione della Polizza con Firma elettronica o acquisto a distanza, in formato elettronico all'indirizzo e-mail (se fornito) oppure in formato cartaceo in base alla scelta da me effettuata;
- aver ricevuto le informazioni relative all'eventuale utilizzo della Firma elettronica.

Firma (leggibile) _____

Adesione al Programma Assicurativo

Preso visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro di:

1. essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato dalla banca e che, di conseguenza, rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con la banca;
2. acquistare la Polizza di persona o di aver acquistato la Polizza a distanza, anche tramite Firma elettronica laddove previsto;
3. in caso di acquisto a distanza:
 - aver richiesto l'attivazione della Polizza dalle ore 24:00 dello stesso giorno, ricevendo successivamente la documentazione precontrattuale e contrattuale;
 - di aver autorizzato la Compagnia a conservare la registrazione dell'adesione;
 - essere a conoscenza che il Contratto si conclude al momento dell'acquisto anche nel caso in cui non dovessi sottoscrivere e restituire alla Compagnia il presente modulo di adesione;
4. essere a conoscenza che il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di acquisto della Polizza, a condizione che il Premio sia pagato;
5. essere a conoscenza che il Programma Assicurativo ha durata annuale e di approvare il meccanismo di tacito rinnovo del medesimo, così come disciplinato nelle Condizioni di assicurazione;
6. essere consapevole che il Premio sarà addebitato dalla Compagnia sul mio conto corrente bancario;
7. essere a conoscenza del diritto di recedere entro 60 giorni dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo senza dover indicare il motivo, secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
8. essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Assicurato;
9. prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Compagnia www.metlife.it o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Compass Banca Spa nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

Firma (leggibile) _____

Dichiaro di rispettare i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 14 delle Condizioni di assicurazione e, in particolare, di non percepire una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico.

Firma (leggibile) _____

Consenso al trattamento dei dati personali

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

Preso atto dell'Informativa per il trattamento dei dati predisposta da Compass Banca S.p.A., l'Assicurato:

- dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, della normativa nazionale vigente in materia di protezione dei dati personali;
 - acconsente, altresì, espressamente che i propri dati personali particolari, siano trattati da Compass Banca S.p.A. e comunicati a terzi (e da questi trattati), per la finalità di cui alla lettera a) dell'informativa resa.
- ☐ **presta il consenso** ☐ **nega il consenso** per il trattamento di cui alle finalità indicate alla lettera b) dell'informativa resa, ivi compreso l'eventuale trasferimento dei dati a Società appartenenti al Gruppo Mediobanca e a Società terze ed il relativo trattamento da parte di queste ultime.

Firma (leggibile) _____