

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

MetLife No Stress Casa e Bollette

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

I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:

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

Garanzie aggiuntive gratuite

Esonero dal pagamento dei premi

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia esonera il contraente della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette* dal pagamento dei premi in caso di perdita involontaria di impiego o inabilità temporanea totale

Garanzie di Assistenza

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre agli assicurati della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette* le garanzie di assistenza di seguito elencate: Invio di un Eletttricista in caso di urgenza; Invio di un Idraulico in caso di urgenza; Invio di un Fabbro/Falegname; Invio di un Vetraio in caso di urgenza; Invio di una Guardia Giurata; Ripristino dell'abitabilità; Sistemazione provvisoria d'emergenza; Rientro anticipato; Trasloco definitivo; Auto sostitutiva a seguito di furto.

Per maggiori informazioni consulta le Condizioni di assicurazione relative alle garanzie aggiuntive gratuite che troverai allegate in calce al presente documento

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

Mod. MNSCBWLG Ed. 2025/03

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



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

Prodotto:
MetLife No Stress Casa e Bollette

Questo documento è stato realizzato in data 03/03/2025 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

MetLife No Stress Casa e Bollette è la polizza infortuni che ha lo scopo di proteggerti in caso di infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

✓ Diaria da Ricovero da infortunio

Somma assicurata: indennizzo giornaliero variabile, indicato nel certificato di assicurazione. La compagnia paga la somma assicurata per ogni giorno di ricovero con pernottamento dell'assicurato a seguito di infortunio fino a:

- 120 giorni per singolo infortunio;
- 120 giorni per annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima annualità assicurativa.

La somma assicurata è raddoppiata se il ricovero è avvenuto a seguito di infortunio domestico.

✓ Diaria da Convalescenza post Ricovero da infortunio

Somma assicurata: indennizzo giornaliero variabile, indicato nel certificato di assicurazione. La compagnia paga la somma assicurata per ogni giorno di convalescenza post ricovero dell'assicurato a seguito di infortunio fino a:

- 30 giorni per singolo infortunio;
- 30 giorni per annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima annualità assicurativa.

La somma assicurata è raddoppiata se la convalescenza è avvenuta a seguito di infortunio domestico.

✓ Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea da infortunio

Somma assicurata: importo delle fatture relative alle utenze con scadenza compresa tra il primo giorno di applicazione del gesso o del tutore e la fine del mese in cui viene rimosso.

La compagnia paga la somma assicurata in caso di frattura ossea a seguito di infortunio dell'assicurato con applicazione di gesso o tutore, fino a concorrenza dei massimali indicati nel certificato di assicurazione per singolo infortunio e per annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima annualità assicurativa.

✓ Rimborso delle utenze in caso di Inabilità Totale Temporanea da infortunio

Somma assicurata: importo delle fatture relative alle utenze con scadenza compresa tra il 16° giorno di inabilità temporanea totale e la fine del mese in cui termina il periodo di inabilità temporanea totale.

La compagnia paga la somma assicurata in caso di inabilità temporanea totale dell'assicurato a seguito di infortunio di durata superiore a 15 giorni, fino a concorrenza dei massimali indicati nel certificato di assicurazione per singolo infortunio e per annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima annualità assicurativa.



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, occupazione militare ed invasione; se l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- ! danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- ! delitti dolosi compiuti dall'assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- ! abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ! alcolismo acuto o cronico;
- ! tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere;
- ! attività sportive remunerate;
- ! 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 della polizza;
- ! malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'infortunio.

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

- ! le degenze diurne in day hospital.

Per la garanzia Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea da infortunio sono inoltre escluse:

- ! le fratture delle ossa nasali e le lesioni cartilaginee.

Per la garanzia Rimborso delle utenze in caso di Inabilità Totale Temporanea da infortunio è inoltre previsto:

- ! un periodo di franchigia pari a 15 giorni consecutivi calcolati a partire dal primo giorno di inabilità.

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- ! ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- ! gravidanza, puerperio e patologie correlate.



Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia **Diaria da Ricovero da infortunio** è valida a condizione che l'infortunio si sia verificato in Italia e il ricovero sia avvenuto in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.
- ✓ La garanzia **Diaria da Convalescenza post Ricovero da infortunio** è valida a condizione che l'infortunio si sia verificato in Italia e che la convalescenza sia effettuata in Italia.
- ✓ Le garanzie **Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea da infortunio** e **Rimborso delle utenze in caso di Inabilità Totale Temporanea da infortunio** sono valide senza limiti territoriali a condizione che ti rechi all'estero per un 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 all'Impresa presentando i documenti elencati nel modulo di denuncia.



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 della data di acquisto della polizza e rimane in vigore per un anno, a condizione che il premio sia pagato. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità, il contraente non abbia ancora compiuto 70 anni e il premio sia pagato.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento puoi recedere dal contratto entro **60 giorni** dalla data di acquisto della polizza. In tal caso la polizza sarà annullata e ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato. Puoi inoltre recedere dal contratto dopo ogni sinistro entro **60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'indennizzo. In tal caso ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.

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

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

Assicurazione Infortuni

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



Prodotto: MetLife No Stress Casa e Bollette

Questo documento è stato aggiornato in data 03/03/2025 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. alla data del 31 dicembre 2023 è pari a € 1.192.108.000,00 comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 1.187.729.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 190%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 629.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.196.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 283.000.000. 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?

MetLife No Stress Casa e Bollette è una polizza infortuni che ha lo scopo di proteggerti in caso di infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero.

Sono assicurabili le persone fisiche che:

- al momento dell'acquisto della polizza:
 - a) sono residenti in Italia;
 - b) sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
 - c) con riferimento al contraente ed al coniuge/partner civile/convivente more uxorio del contraente, hanno un'età compresa tra 18 e 69 anni;
 - d) con riferimento ai figli del contraente, non hanno ancora compiuto 26 anni;
- al termine del periodo di durata della polizza, non hanno ancora compiuto 70 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio): non previsti.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>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:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ 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. <p>MetLife risponde:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ entro 45 giorni dal ricevimento;▪ entro 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori.
All'IVASS	<p>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.</p> <p>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.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato a MetLife.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per le controversie mediche sulla natura dell'evento MetLife e l'assicurato (di seguito "parti") prima di rivolgersi all'autorità giudiziaria, possono dare un mandato irrevocabile per la decisione a un collegio di 3 medici (arbitrato) nominati uno per parte e il terzo in accordo fra le parti o fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo, il terzo medico è nominato dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici che ha sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico ha sede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna parte paga le proprie spese e il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza e sono raccolte in un verbale da consegnare a ciascuna delle parti. Le decisioni sono vincolanti, anche se uno dei medici non firma il verbale, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.</p> <p>Per risolvere le liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	<p>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%.</p>
---	---

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Infortuni MetLife No Stress Casa e Bollette

Questo documento è stato realizzato in data 03/03/2025 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	4
2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto	4
2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo	4
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo	4
2.4 – Recesso.....	4
2.5 – Disdetta.....	5
Art. 3 – Premio assicurativo	5
3.1 – Premio	5
3.2 – Modalità di pagamento del Premio	5
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	6
Art. 6 – Legge applicabile	6
Art. 7 – Prescrizione	6
Art. 8 – Risoluzione delle controversie	6
8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione.....	6
8.2 – Arbitrato	6
Art. 9 – Valuta	6
Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione	6
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO	7
Art. 12 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali	7
12.1 – Programma Assicurativo	7
12.2 – Opzioni contrattuali	7
Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie	7
Art. 14 – Piano assicurativo e Somma assicurata	7
Art. 15 – Persone assicurabili	7
Art. 16 – Esclusioni valide per tutte le garanzie	7
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO	8
Art. 17 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio	8
17.1 – Oggetto della garanzia.....	8
17.2 – Esclusioni.....	8
17.3 – Prestazione massima.....	8
Art. 18 – Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio	8
18.1 – Oggetto della garanzia.....	8
18.2 – Prestazione massima.....	9
Art. 19 – Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio	9
19.1 – Oggetto della garanzia.....	9
19.2 – Esclusioni	9
19.3 – Prestazione massima.....	9
Art. 20 – Rimborso delle utenze in caso di Inabilità Totale Temporanea a seguito di Infortunio	10
20.1 – Oggetto della garanzia.....	10
20.2 – Esclusioni.....	10
20.3 – Franchigia.....	10
20.4 – Prestazione massima.....	11

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	11
Art. 21 – Denuncia di Sinistro	11
Art. 22 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	11
Art. 23 – Criteri per la determinazione dell’Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro	12
SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	12
Art. 24 – Richiesta di Informazioni	12
Art. 25 – Reclami	12
25.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni	12
25.2 – Reclami all’Intermediario	12
25.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza	12
INFORMATIVA PRIVACY	13

ALLEGATI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - GARANZIE DI ASSISTENZA

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 (Contraente) in base ad un accordo preliminare (mandato) autorizza il creditore (Compagnia) a disporre addebiti sul proprio conto corrente per pagamenti ricorrenti o singoli.

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

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

Apparecchio gessato: applicazione permanente e inamovibile di mezzo di contenzione costituito da fasce o docce confezionate con gesso o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanic.

Assicurato:

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

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.

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

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

Conclusione del Contratto: il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell’acquisto della Polizza tramite Sito internet o Telefonia vocale da parte del Contraente, in conformità con quanto previsto dall’art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento IVASS n. 40/2018.

Contraente: la persona fisica che acquista la Polizza e sostiene il pagamento del Premio.

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

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

Coppia: comprende le persone fisiche di seguito indicate:

- il Contraente;
- una delle seguenti persone a scelta del Contraente:
 - il coniuge del Contraente non divorziato o separato legalmente, presente nello stato di famiglia;
 - il partner unito civilmente con il Contraente (l. 76/2016) non divorziato;
 - il convivente more uxorio del Contraente stabilmente convivente con il Contraente nella stessa residenza.

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.

Esterio: il territorio al di fuori dei confini dell’Italia.

Franchigia: il periodo di tempo non rilevante ai fini del calcolo dell'Indennizzo.

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 fisiche obiettivamente constatabili.

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

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

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

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

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

Nucleo familiare: comprende le persone fisiche di seguito indicate:

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

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

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

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

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

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

Sito internet: Tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la Conclusione del Contratto mediante l'uso di una pagina web della Compagnia.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per la Conclusione del Contratto.

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

Tutore immobilizzante: presidio immobilizzante, limitatamente al tronco o ai grandi segmenti scheletrici, per il quale l'Assicurato sia costretto a riposo assoluto o sia impossibilitato a deambulare liberamente e comunque non sia in grado di attendere autonomamente alle normali esigenze di vita e/o alle occupazioni professionali.

Utenze: energia elettrica, acqua e gas; condominio; telefonia mobile e fissa; pay tv (Sky, Netflix, Amazon Prime Video, Mediaset, Chili TV, Rai Play, ecc.); abbonamenti a: impianti e associazioni sportive; librerie e musica online; mezzi di trasporto.

Sono escluse dal Programma Assicurativo tutte le utenze non espressamente richiamate nell'elenco che precede.

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una polizza infortuni che ha lo scopo di proteggere l'Assicurato in caso di Infortunio subito a casa, al lavoro o nel tempo libero.

Sono inclusi nel Programma Assicurativo anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza e colpa anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici e fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità civili e militari durante servizio regolare di traffico civile; **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 in un paese fino ad allora in pace;
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza **che non siano provocati dall'abuso di psicofarmaci, dall'uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico o da Alcolismo**;
- le lesioni determinate da sforzi.

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

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

2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'acquisto della Polizza tramite Sito internet o Telefonia vocale da parte del Contraente, anche nel caso in cui quest'ultimo non dovesse sottoscrivere e restituire alla Compagnia il Certificato di assicurazione ricevuto.

Resta inteso che il Contraente, prima della conclusione del Contratto, potrà scegliere la modalità di trasmissione (formato cartaceo o elettronico) della documentazione precontrattuale e contrattuale, nonché di eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto, e sarà informato circa la possibilità di cambiare, anche in corso di Contratto, la modalità prescelta senza alcun costo a suo carico. La richiesta di variazione potrà essere comunicata alla Compagnia chiamando il Numero Verde **800.319.665**, inviando una e-mail all'indirizzo servizio.polizze@metlife.it, oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma.

2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 della data di acquisto della Polizza e rimane in vigore per un anno, **a condizione che il Premio sia pagato**.

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

- sia in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a) e b);
- non abbia iniziato a percepire una pensione di invalidità permanente, ai sensi dell'art. 15;
- non abbia ancora compiuto 70 anni;
- il Premio sia pagato.

Se è stata scelta l'**opzione Coppia**, il Programma Assicurativo non si rinnova nei confronti del coniuge/partner/convivente qualora quest'ultimo, alla data del rinnovo, abbia già compiuto 70 anni. In tal caso, il Contraente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo l'opzione Individuo.

- i** Se è stata scelta l'**opzione Famiglia**, il Programma Assicurativo non si rinnova nei confronti dei componenti del Nucleo familiare che, alla data del rinnovo, abbiano già compiuto 70 anni (con riferimento al coniuge/partner/convivente) o 26 anni (con riferimento ai figli). In tal caso, se i soggetti assicurabili del Nucleo familiare diventano meno di 3, il Contraente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo l'opzione Coppia o Individuo.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

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

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

Nel caso b), il Programma Assicurativo cessa alla data in cui il Contraente perde i requisiti di assicurabilità o inizia a percepire la pensione di invalidità; la Compagnia restituirà al medesimo il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nel caso c) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 2.4.

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

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

2.4 – Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto **entro 60 giorni** dalla data di acquisto della Polizza, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**, oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione**. In tal caso, la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

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

2.5 – Disdetta

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

In caso di frazionamento del Premio, il Contraente ha inoltre la possibilità di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio (mensile, trimestrale o semestrale) contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**, oppure inviando alla stessa una **lettera raccomandata A/R**, con **preavviso di 30 giorni** sulla data di scadenza. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza del periodo assicurativo per il quale sono stati versati i premi ed il Programma Assicurativo non sarà rinnovato.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

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

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio viene corrisposto alla Compagnia tramite Addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario, BancoPosta o carta di credito intestati al Contraente, con la frequenza scelta dal medesimo ed indicata nel Certificato di assicurazione.

La Compagnia consente il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale del Premio senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente. Il primo mese di Durata del Programma Assicurativo è gratuito.

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se, successivamente al primo mese gratuito, il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio da lui dovuta alla scadenza convenuta, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali infortuni accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia.

Allo stesso modo se, alle scadenze convenute, il Contraente non paga le rate di Premio successive, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia.

Il Contraente può riattivare il Programma Assicurativo versando le rate di Premio mancanti. In questo caso, il Programma Assicurativo riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto, **senza efficacia retroattiva**. Pertanto, eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno indennizzati dalla Compagnia.



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

3.4 – Rivedibilità del Premio

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

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

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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

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

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

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 15.

Art. 6 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 7 – Prescrizione

Le garanzie di cui al presente Contratto sono classificate nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno pertanto indennizzati dalla Compagnia.

Art. 8 – Risoluzione delle controversie

8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione

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

8.2 – Arbitrato

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

Art. 9 – Valuta

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

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

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altri contratti di assicurazione per lo stesso rischio.

Non è possibile stipulare più di una Polizza MetLife No Stress Casa e Bollette per la stessa persona fisica. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, la Compagnia considererà valido esclusivamente il Contratto stipulato con la data più remota e restituirà al Contraente i premi incassati, al netto delle imposte, in relazione ai contratti stipulati successivamente.

Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione

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

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 12 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali

12.1 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio**, con raddoppio della prestazione assicurata se il Ricovero è avvenuto a seguito di un Infortunio domestico;
- ✓ **Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio**, con raddoppio della prestazione assicurata se la Convalescenza è avvenuta a seguito di un Infortunio domestico;
- ✓ **Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio**;
- ✓ **Rimborso delle utenze in caso di Inabilità Totale Temporanea a seguito di Infortunio**.

12.2 – Opzioni contrattuali

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

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

Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie

La garanzia **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio** è valida a condizione che l'Infortunio si sia verificato in Italia e il Ricovero sia avvenuto in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.

La garanzia **Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio** è valida a condizione che l'Infortunio si sia verificato in Italia e che la Convalescenza sia effettuata in Italia.

Le garanzie **Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio** e **Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio** sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'Assicurato si rechi all'Estero per un massimo di **60 giorni** per Annualità assicurativa.

Art. 14 – Piano assicurativo e Somma assicurata

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

Art. 15 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- al momento dell'acquisto della Polizza:
 - a) siano residenti in Italia;
 - b) siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
 - c) con riferimento al **Contraente** ed al **coniuge/partner civile/convivente more uxorio** del Contraente, abbiano un'età compresa tra **18 e 69 anni**;
 - d) con riferimento ai **figli del Contraente**, non abbiano ancora compiuto **26 anni**;
- al termine del periodo di Durata della Polizza, non abbiano ancora compiuto **70 anni**.

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

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

Art. 16 – Esclusioni valide per tutte le garanzie

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

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- **guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione, occupazione militare ed invasione; se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;**
- **danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;**
- **delitti dolosi compiuti 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 dell'Infortunio.

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 17 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

17.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Infortunio dell'Assicurato verificatosi in Italia, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria indicata nel Certificato di Assicurazione, per ogni giorno di degenza con pernottamento.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

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

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. 17.3.**

 La Diaria prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente è **raddoppiata** se il Ricovero è avvenuto a seguito di **Infortunio domestico**.

17.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16, sono escluse le degenze diurne in day hospital.

17.3 – Prestazione massima

Per ogni Assicurato, la Compagnia corrisponde la Diaria:

- fino a **120 giorni** per singolo Infortunio;
- fino a **120 giorni** per Annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima Annualità assicurativa.

I giorni sono conteggiati nell'Annualità assicurativa in cui si verifica l'Infortunio.

Esempi

- 1) Considerata una Diaria di € 100,00 ed il limite massimo di 120 giorni per Infortunio, se l'Assicurato viene ricoverato in Istituto di cura per 130 giorni, la Compagnia paga un Indennizzo di € 12.000,00.
- 2) Considerato:
 - un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una Diaria di € 100,00;
 - il limite massimo di 120 giorni per Annualità assicurativa;
 - Infortunio n. 1 del 01/01/2025 con Ricovero dal 01/01/2025 al 30/01/2025 (per un totale di 30 giorni di Ricovero);
 - Infortunio n. 2 del 01/07/2025 con Ricovero dal 01/07/2025 al 28/10/2025 (per un totale di 120 giorni di Ricovero);la Compagnia paga un Indennizzo di € 12.000,00.
- 3) Considerato:
 - un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una Diaria di € 100,00;
 - il limite massimo di 120 giorni per Annualità assicurativa;
 - Infortunio n. 1 del 30/12/2024 con Ricovero dal 30/12/2024 al 28/01/2025 (per un totale di 30 giorni di Ricovero);
 - Infortunio n. 2 del 01/07/2025 con Ricovero dal 01/07/2025 al 28/10/2025 (per un totale di 120 giorni di Ricovero);la Compagnia paga un Indennizzo di € 15.000,00.

Art. 18 – Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio

18.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Convalescenza dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero in Istituto di cura dovuto ad Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria indicata nel Certificato di Assicurazione, 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:

- l'Infortunio si sia verificato in Italia durante il periodo di validità del Programma Assicurativo;
- il Ricovero sia stato indennizzato a termini di Polizza;
- il periodo di Convalescenza:
 - sia iniziato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
 - sia svolto in Italia;

- sia 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.

i La Diaria prevista dal piano assicurativo scelto dal Contraente è **raddoppiata** se la Convalescenza è avvenuta a seguito di **Infortunio domestico**.

18.2 – Prestazione massima

Per ogni Assicurato, la Compagnia corrisponde la Diaria:

- fino a **30 giorni** per singolo Infortunio;
 - fino a **30 giorni** per Annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima Annualità assicurativa.
- I giorni sono conteggiati nell'Annualità assicurativa in cui si verifica l'Infortunio.

Esempi

- 1)** Considerata una Diaria di € 50,00 ed il limite massimo di 30 giorni per Infortunio, se viene prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, la Compagnia paga un Indennizzo di € 1.500,00.
- 2)** Considerato:
- un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una Diaria di € 50,00;
 - il limite massimo di 30 giorni per Annualità assicurativa;
 - Infortunio n. 1 del 01/01/2025 con Convalescenza dal 06/01/2025 al 15/01/2025 (per un totale di 10 giorni di Convalescenza);
 - Infortunio n. 2 del 01/07/2025 con Convalescenza dal 06/07/2025 al 04/08/2025 (per un totale di 30 giorni di Convalescenza);
- la Compagnia paga un Indennizzo di € 1.500,00.
- 3)** Considerato:
- un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una Diaria di € 50,00;
 - il limite massimo di 30 giorni per Annualità assicurativa;
 - Infortunio n. 1 del 30/12/2024 con Convalescenza dal 06/01/2025 al 15/01/2025 (per un totale di 10 giorni di Convalescenza);
 - Infortunio n. 2 del 01/07/2025 con Convalescenza dal 06/07/2025 al 04/08/2025 (per un totale di 30 giorni di Convalescenza);
- la Compagnia paga un Indennizzo di € 2.000,00.

Art. 19 – Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio

19.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio dell'Assicurato, che comporti l'applicazione di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, rimborsa al Beneficiario gli importi delle fatture relative alle Utenze, con scadenza compresa tra il primo giorno di applicazione dell'Apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante e la fine del mese in cui il medesimo viene rimosso, fino a concorrenza dei massimali indicati all'art. 19.3.

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;**
- **l'Apparecchio gessato o il Tutore immobilizzante siano stati applicati e rimossi da personale medico;**
- **le fatture delle Utenze siano state regolarmente emesse e siano state pagate dall'Assicurato.**

Per le fratture ossee di seguito riportate, purché radiologicamente accertate, la Compagnia corrisponde la prestazione sulla base dei giorni di riposo indicati nel certificato di Pronto Soccorso, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato: frattura del bacino; frattura dello sterno; frattura del femore; frattura della colonna vertebrale; frattura di una o più costole; frattura del cranio.

i Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzia che il Contraente sia affetto da **osteoporosi** o da **altra Malattia delle ossa**, la garanzia Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio opera con riferimento al Sinistro denunciato, dopodiché cesserà. Resta inteso che il Contraente potrà continuare ad usufruire dell'altra garanzia prevista dal Programma Assicurativo. Qualora il Contraente non sia interessato a mantenere attiva la Polizza, potrà disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio, ai sensi dell'art. 2.5.

Esempio

Considerando le fatture mensili relative alle seguenti Utenze:

- fornitura energia elettrica pari a € 100,00, con scadenza il 10 del mese;
- spese di condominio pari a € 150,00, con scadenza il 20 del mese.

Se viene applicato all'Assicurato un Tutore immobilizzante dal 12/11/2023 al 22/11/2023, la Compagnia paga un Indennizzo pari a € 150,00. La fattura relativa alla fornitura di energia elettrica non è rimborsabile perché ha scadenza prima dell'applicazione del Tutore immobilizzante.

19.2– Esclusioni

In aggiunta alle esclusioni indicate all'art. 16, sono escluse dal Programma Assicurativo le fratture delle ossa nasali e le lesioni cartilaginee.

19.3 – Prestazione massima

Per ogni Assicurato, l'Indennizzo è corrisposto fino a concorrenza dei massimali indicati nel Certificato di Assicurazione per singolo Infortunio e per Annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima Annualità assicurativa.

I massimali sono calcolati nell'Annualità assicurativa in cui si verifica l'Infortunio.

Esempi

1) Considerato:

- un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una prestazione massima pari a € 200,00 per mese solare;
 - una prestazione massima pari a € 1.200,00 per Infortunio e per Annualità assicurativa;
 - le fatture mensili con scadenza il 25 del mese, relative alle seguenti Utenze:
 - fornitura energia elettrica pari a € 60,00;
 - fornitura gas pari a € 50,00;
 - spese di condominio pari a € 50,00;
 - abbonamento Netflix pari a € 16,00;
 - abbonamento mensile a mezzi di trasporto pari a € 40,00;
 - abbonamento internet pari a € 30,00.
 - Infortunio n. 1 del 01/01/2025 con applicazione di un Apparecchio gessato dal 01/01/2025 al 28/01/2025;
 - Infortunio n. 2 del 01/04/2025 con applicazione di un Tutore immobilizzante dal 01/04/2025 al 26/09/2025;
- la Compagnia paga un Indennizzo di € 1.200,00.

2) Considerato:

- un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una prestazione massima pari a € 200,00 per mese solare;
 - una prestazione massima pari a € 1.200,00 per Infortunio e per Annualità assicurativa;
 - le fatture mensili con scadenza il 25 del mese, relative alle seguenti Utenze:
 - fornitura energia elettrica pari a € 60,00;
 - fornitura gas pari a € 50,00;
 - spese di condominio pari a € 50,00;
 - abbonamento Netflix pari a € 16,00;
 - abbonamento mensile a mezzi di trasporto pari a € 40,00;
 - abbonamento internet pari a € 30,00.
 - Infortunio n. 1 del 30/12/2024 con applicazione di un Apparecchio gessato dal 30/12/2024 al 28/01/2025;
 - Infortunio n. 2 del 01/04/2025 con applicazione di un Tutore immobilizzante dal 01/04/2025 al 26/09/2025;
- la Compagnia paga un Indennizzo di € 1.400,00.

Art. 20 – Rimborso delle utenze in caso di Inabilità Totale Temporanea a seguito di Infortunio

20.1 – Oggetto della garanzia

L'Inabilità Temporanea Totale corrisponde alla perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di:

- attendere alla propria professione, in caso di lavoratore;
- attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti alla vita umana (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) in caso di non lavoratore.

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, rimborsa al Beneficiario gli importi delle fatture relative alle Utenze con scadenza compresa tra il sedicesimo giorno di inabilità e la fine del mese in cui termina il periodo di inabilità, fino a concorrenza dei massimali indicati all'art. 20.4.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia;
- l'Inabilità Temporanea Totale sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- le fatture delle Utenze siano state regolarmente emesse e siano state pagate dall'Assicurato.

Esempio

Considerando le fatture mensili relative alle seguenti Utenze:

- spese di condominio pari a € 50,00, con scadenza il 20 del mese.
- fornitura energia elettrica pari a € 90,00, con scadenza il 27 del mese;

Se viene certificato all'Assicurato un periodo di Inabilità Temporanea Totale dal 10/03/2023 al 30/03/2023, la Compagnia paga un Indennizzo pari a € 90,00. La fattura relativa alle spese di condominio non è rimborsabile perché ha scadenza prima del 16° giorno di Inabilità Temporanea Totale.

20.2 - Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

20.3 - Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia pari a **15 giorni consecutivi**, calcolati a partire dal primo giorno di inabilità.

Esempio

Se viene certificato all'Assicurato un periodo di Inabilità Temporanea Totale dal 01/11/2023 al 10/11/2023, la Compagnia non paga alcun Indennizzo perché il periodo di Inabilità Temporanea Totale è inferiore al periodo di Franchigia.

20.4 – Prestazione massima

Per ogni Assicurato, l'Indennizzo è corrisposto fino a concorrenza dei massimali indicati nel Certificato di Assicurazione per singolo Infortunio e per Annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima Annualità assicurativa. I massimali sono calcolati nell'Annualità assicurativa in cui si verifica l'Infortunio.

Esempi

1) Considerato:

- un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una prestazione massima pari a € 200,00 per mese solare;
 - una prestazione massima pari a € 1.200,00 per Infortunio e per Annualità assicurativa;
 - le fatture mensili con scadenza il 25 del mese, relative alle seguenti Utenze:
 - fornitura energia elettrica pari a € 60,00;
 - fornitura gas pari a € 50,00;
 - spese di condominio pari a € 50,00;
 - abbonamento Netflix pari a € 16,00;
 - abbonamento mensile a mezzi di trasporto pari a € 40,00;
 - abbonamento internet pari a € 30,00.
 - Infortunio n. 1 del 01/01/2025 con un periodo di Inabilità Temporanea Totale dal 01/01/2025 al 28/01/2025;
 - Infortunio n. 2 del 01/04/2025 con un periodo di Inabilità Temporanea Totale dal 01/04/2025 al 26/09/2025;
- la Compagnia paga un Indennizzo di € 1.200,00.

2) Considerato:

- un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una prestazione massima pari a € 200,00 per mese solare;
 - una prestazione massima pari a € 1.200,00 per Infortunio e per Annualità assicurativa;
 - le fatture mensili con scadenza il 25 del mese, relative alle seguenti Utenze:
 - fornitura energia elettrica pari a € 60,00;
 - fornitura gas pari a € 50,00;
 - spese di condominio pari a € 50,00;
 - abbonamento Netflix pari a € 16,00;
 - abbonamento mensile a mezzi di trasporto pari a € 40,00;
 - abbonamento internet pari a € 30,00.
 - Infortunio n. 1 del 30/12/2024 con un periodo di Inabilità Temporanea Totale dal 30/12/2024 al 28/01/2025;
 - Infortunio n. 2 del 01/04/2025 con un periodo di Inabilità Temporanea Totale dal 01/04/2025 al 26/09/2025
- la Compagnia paga un Indennizzo di € 1.400,00.

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 21 – 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 oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al Numero Verde **800.319.665**.

La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione in relazione alla storia e alla natura del Sinistro. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

Art. 22 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

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

Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia

- Certificati medici originali attestanti la necessità ed il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero

Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Frattura ossea
- Certificati medici originali attestanti l'applicazione e rimozione dell'Apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante
- Copia delle fatture relative alle Utenze di cui si richiede il rimborso e copia del pagamento effettuato

Rimborso delle utenze in caso di Inabilità Totale Temporanea a seguito di Infortunio

- Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale
- In caso di inabilità a seguito di Infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale

- Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa in originale
- Per i lavoratori autonomi, certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa
- Copia delle fatture relative alle Utenze di cui si richiede il rimborso e copia del pagamento effettuato

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

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

In tutti i casi sarà necessario anche allegare:

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

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

Art. 23 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

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

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. 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. 24 – 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.

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

Art. 25 – Reclami

25.1 – 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.

25.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati direttamente alla sua sede e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

25.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - 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. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.

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

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

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

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

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

- direttamente da lei;
- 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 trattiamo e riutilizzarli e condividerli per i suoi scopi personali. Il diritto alla portabilità si applica solamente:

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

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

Diritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione. Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non elegibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il 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, manifestazioni 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 consorzi del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, COVIP, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, pubbliche Autorità.

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

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

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

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

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

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

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

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Esonero dal pagamento dei premi

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre gratuitamente al contraente della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette* una copertura che lo esonera dal pagamento dei premi in caso di Perdita Involontaria di Impiego o Inabilità Temporanea Totale.

La garanzia Perdita Involontaria di Impiego viene offerta da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in virtù della Convenzione assicurativa n. CL/19/004 stipulata in qualità di contraente con MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Per tutto quanto non espressamente richiamato nelle Condizioni di Assicurazione troverà applicazione quanto disciplinato nel Set informativo relativo alla polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette*.

GLOSSARIO

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

Assicurato: il contraente della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette*.

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

Compagnia:

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

Decorrenza del Programma Assicurativo: il momento in cui le garanzie acquistano efficacia.

Durata del Programma Assicurativo: il periodo di efficacia delle garanzie.

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Franchigia: periodo di tempo superato il quale la Compagnia indennizza il Sinistro.

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

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

Sinistro: il verificarsi dell'evento per cui sono offerte le garanzie.

Art. 1 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- **Perdita Involontaria di Impiego** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo;
- **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di Infortunio o Malattia.

Le garanzie sono offerte all'Assicurato gratuitamente ed in via alternativa in base alla condizione lavorativa del medesimo alla data di acquisto della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette*.

PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO

◀ O IN ALTERNATIVA ▶

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">▪ Lavoratori dipendenti del settore privato<ul style="list-style-type: none">- con anzianità lavorativa di almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro- con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana- che non lavorano presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado | <ul style="list-style-type: none">▪ Lavoratori dipendenti del settore privato che non possiedono i requisiti richiesti per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego▪ Lavoratori dipendenti del settore pubblico▪ Lavoratori autonomi▪ Lavoratori domestici▪ Non lavoratori |
|--|--|

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

Art. 2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalla data di inizio della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette* e rimane in vigore per il periodo di durata della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette*.

Art. 3 – Garanzie del Programma Assicurativo

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

a. Oggetto della garanzia

In caso di Perdita Involontaria di Impiego dell'Assicurato a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo - Legge n. 604/1966 art. 3 - la Compagnia, fermi i casi di esclusione, esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi in scadenza nei 12 mesi successivi alla data di accertamento del diritto alla prestazione da parte della Compagnia, **a condizione che la Perdita Involontaria di Impiego non si verifichi nel periodo di Carenza ed abbia una durata superiore al periodo di Franchigia.**

La Compagnia esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi per 12 mesi anche qualora il periodo di disoccupazione dovesse avere una durata inferiore.

Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario che l'Assicurato, alla data di notifica del licenziamento:



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

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

b. Esclusioni

Sono esclusi dal Programma Assicurativo:

- i licenziamenti notificati prima della data di acquisto della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette* o durante il periodo di Carenza;
- i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali;
- i licenziamenti tra coniugi, parenti entro il 3° grado e affini entro il 2° grado;
- le dimissioni e le risoluzioni consensuali del contratto di lavoro;
- le cessazioni - anticipate o alla loro scadenza - dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim;
- il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) ovvero in caso di applicazione del regime di prepensionamento;
- le situazioni di disoccupazione, riduzione o sospensione dell'attività lavorativa che diano luogo all'indennizzo da parte della cassa integrazione guadagni ordinaria, edilizia o straordinaria o da parte di qualunque altro fondo di assistenza nei confronti del lavoratore secondo quanto previsto dalla normativa vigente applicabile.

c. Carenza

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

d. Franchigia

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

3.2 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

a. Oggetto della garanzia

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità di attendere alla propria professione, se lavoratore, o di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) se non lavoratore, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi in scadenza nei 12 mesi successivi alla data di accertamento del diritto alla prestazione da parte della Compagnia, **a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia e sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.**

La Compagnia esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi per 12 mesi anche qualora l'Inabilità Temporanea Totale dovesse avere una durata inferiore.

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

b. Esclusioni

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione generale, occupazione militare ed invasione; se l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dallo Stato della Città del Vaticano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- Alcolismo;

- tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere;
- 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;
- attività sportive remunerate;
- infortuni antecedenti alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo;
- malattie mentali o nervose se causa o concausa dell'Infortunio;
- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

c. Franchigia

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

Art. 4 – Denuncia di sinistro

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

La denuncia dovrà essere completa dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo della documentazione potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella sopra indicata, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione in relazione alla storia e alla natura del Sinistro.

La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

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

Art. 5 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Perdita Involontaria di Impiego

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

Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

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

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

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

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

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

METLIFE NO STRESS CASA E BOLLETTE

Dati del Contraente

Nome:										Cognome:											
CF:										Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F											
Data di Nascita:										Luogo di Nascita:										Prov.:	
Indirizzo:										Cap:					Comune:					Prov.:	
Recapito Telefonico:										Indirizzo E-mail:											

Dati dell'Assicurato che ha subito il Sinistro

Nome:										Cognome:											
CF:										Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio
<input type="checkbox"/> Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio
<input type="checkbox"/> Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio
<input type="checkbox"/> Rimborso delle utenze in caso di Inabilità Totale Temporanea a seguito di Infortunio | Esonero dal pagamento dei premi per:
<input type="checkbox"/> Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia
<input type="checkbox"/> Perdita Involontaria di Impiego |
|--|---|

Data evento:										Ora:										Luogo:	
Descrizione delle cause e delle circostanze:																					
.....																					
.....																					

Riferimenti di Conto Corrente

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

Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro

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

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

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

Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia

- Certificati medici originali attestanti la necessità ed il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero

Rimborso delle utenze in caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Frattura ossea
- Certificati medici originali attestanti l'applicazione e rimozione dell'Apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante
- Copia delle fatture relative alle Utenze di cui si richiede il rimborso e copia del pagamento effettuato

Rimborso delle utenze in caso di Inabilità Totale Temporanea a seguito di Infortunio / Esonero dal pagamento dei premi per Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

- Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale
- In caso di inabilità a seguito di Infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale
- Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa in originale
- Per i lavoratori autonomi, certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa
- Copia delle fatture relative alle Utenze di cui si richiede il rimborso e copia del pagamento effettuato

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

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

Esonero dal pagamento dei premi per Perdita Involontaria di Impiego

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

In tutti i casi sarà necessario anche allegare:

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

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

Informativa Privacy

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

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa e riportate nell'informativa sulla Privacy integralmente consultabile nella nostra pagina web dedicata alla Privacy sul sito www.metlife.it, la informiamo che i dati personali, incluse le particolari categorie di 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 essere necessario disporre dei dati di terzi (a titolo esemplificativo dell'assicurato, se diverso dal contraente, del beneficiario, dell'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere consegnare la presente informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. Il trattamento di tali dati risulta pertanto necessario alla valutazione della richiesta di indennizzo.

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

Tali dati potranno, inoltre, essere comunicati e trattati da società e/o professionisti di nostra fiducia o da pubbliche 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.**

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

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 Collettiva n. 120223

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre gratuitamente agli assicurati della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette* le garanzie di assistenza più avanti elencate, in virtù della Polizza Collettiva n. 120223, stipulata in qualità di contraente con Inter Partner Assistance SA Rappresentanza Generale per l'Italia.

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

GLOSSARIO

Abitazione: l'insieme dei locali costituenti l'intero fabbricato unifamiliare oppure una unità immobiliare, destinati a civile abitazione, ove l'Assicurato ha il proprio domicilio.

Allagamento: eccesso o accumulo d'acqua al di fuori di bacini appositamente destinati alla sua raccolta.

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, che ha acquistato la polizza infortuni *MetLife No Stress Casa e Bollette*.

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

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

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

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

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

- se l'Assicurato, al momento dell'acquisto della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette*, ha scelto l'opzione coppia, la copertura viene estesa alternativamente al coniuge non divorziato o separato legalmente presente nello stato di famiglia, al partner civile non divorziato o al convivente more uxorio stabilmente convivente con l'Assicurato nella stessa residenza;
- se l'Assicurato, al momento dell'acquisto della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette*, ha scelto l'opzione famiglia, in aggiunta ad uno dei soggetti previsti per l'opzione coppia, sono assicurati anche i figli dell'Assicurato presenti nello stato di famiglia e fiscalmente "a carico".

Esplosione: lo sviluppo di gas o vapori ad alta temperatura e pressione, dovuto a reazione chimica che si autopropaga con elevata velocità.

Furto: il reato previsto agli artt. 624 e 624-bis C.P., commesso da chiunque si impossessi della cosa mobile altrui, sottraendola a chi la detiene, al fine di trarne profitto per sé o per altri.

Incendio: la combustione, con fiamma, di beni materiali al di fuori di appropriato focolare, che può autoestendersi e propagarsi.

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

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

Mezzi di chiusura: robusti serramenti in legno, materia plastica rigida, vetro antisfondamento, metallo o lega metallica chiusi con serrature, lucchetti, catenacci o altri idonei congegni manovrabili esclusivamente dall'interno. Inferriate fissate al muro.

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

Premio: la somma dovuta dalla Contraente alla Società.

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

Scoppio: il repentino dirompersi di contenitori per eccesso di pressione interna di fluidi non dovuto ad esplosione.

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

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

Art. 1 – Assicurati

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato e del suo Familiare, così come indicato nel Glossario, in caso di sottoscrizione di apposita opzione al momento dell'acquisto della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette*, purché presente nell'elenco degli aventi diritto.

Art. 2 – Estensione territoriale

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

Art. 3 – Operatività della Polizza

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

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

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

Art. 4 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Art. 5 – Altre assicurazioni

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

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

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

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

Art. 7 – Modalità di accesso alla Centrale operativa

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

Art. 8 – Comunicazioni per l'operatività della polizza

Per l'attivazione delle prestazioni di Assistenza è necessario aver acquistato la polizza infortuni *MetLife No Stress Casa e Bollette* emessa dalla Contraente. È a cura della Contraente la raccolta e l'invio alla Società dell'elenco contenente i dati identificativi degli assicurati beneficiari delle prestazioni di Assistenza.

Art. 9 – Decorrenza e durata delle singole coperture

Il periodo di assicurazione nei confronti di ogni singolo Assicurato decorre dalle ore 24:00 della data di acquisto della polizza infortuni *MetLife No Stress Casa e Bollette* e cessa alle ore 24:00 del 365° giorno successivo a tale data. L'assicurazione si rinnova tacitamente di anno in anno per tutto il periodo di durata della polizza *MetLife No Stress Casa e Bollette*.

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

Art. 10 – Documentazione per gli assicurati

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

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

Art. 11 – Limiti di esposizione e loro superamento

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

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

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

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

Art. 13 – Valuta di pagamento

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

Art. 14 – Foro competente

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

Art. 15 – Termine di prescrizione

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

Art. 16 – Rinvio alle norme di legge

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

Art. 17 – Prestazioni Garantite

Il Programma Assicurativo comprende le garanzie di Assistenza di seguito elencate.

01 – Invio di un Elettricista in caso di urgenza

Qualora l'Assicurato necessiti di un elettricista in caso di mancanza della corrente elettrica in tutti i locali dell'abitazione a causa di guasti agli interruttori di accensione, impianti di distribuzione interna o prese di corrente non causati da sua imperizia o negligenza, la Centrale Operativa invierà un elettricista convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa. La Società terrà a proprio carico il costo dell'uscita e della manodopera **entro il limite di euro 150,00 per sinistro**, mentre i costi relativi al materiale e/o ai pezzi di ricambio necessari per la riparazione restano a carico dell'Assicurato.

Da tale prestazione sono esclusi:

- **gli interventi sul cavo di alimentazione generale dell'edificio in cui è situata l'Abitazione dell'Assicurato;**
- **gli interventi richiesti a seguito di interruzione della fornitura di energia elettrica da parte dell'Ente erogatore;**
- **gli interventi a timer, impianti di allarme o apparecchiature similari;**
- **gli interventi per corto circuito provocato da falsi contatti causati dall'Assicurato.**

02 – Invio di un Idraulico in caso di urgenza

Qualora l'Assicurato necessiti di un idraulico in caso di:

- allagamento o infiltrazione nell'abitazione a seguito di rottura, otturazione o guasto delle tubature fisse dell'impianto idraulico ad essa pertinente;
- mancanza totale di acqua non dovuta a temporanea sospensione della distribuzione;
- mancato scarico delle acque nere degli impianti igienico-sanitari a causa dell'otturazione delle tubature fisse di scarico dell'impianto idraulico.

La Centrale Operativa invierà un idraulico convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa. La Società terrà a proprio carico il costo dell'uscita e della manodopera **entro il limite di euro 150,00 per sinistro**, mentre i costi relativi al materiale e/o ai pezzi di ricambio necessari per la riparazione restano a carico dell'Assicurato.

Da tale prestazione sono esclusi:

- **gli interventi su apparecchi mobili (lavatrici, lavastoviglie, etc.), su guasti provocati dal loro utilizzo, su tubature o rubinetterie a loro collegate;**
- **gli interventi sull'impianto idraulico generale dell'edificio in cui è situata l'abitazione dell'Assicurato;**
- **gli interventi richiesti a seguito di infiltrazioni, rigurgiti, straripamenti, causati da incuria o da lavori ai pozzi neri;**
- **gli interventi per danni causati dal gelo.**

03 – Invio di un Fabbro/Falegname

Qualora l'Assicurato necessiti di un fabbro/falegname in caso di:

- furto, smarrimento, rottura delle chiavi o guasto della serratura, purché non elettronica;
- furto tentato o consumato, incendio, esplosione o scoppio che comprometta in modo grave la funzionalità della porta di accesso e pregiudichi la sicurezza dell'abitazione.

La Centrale Operativa invierà un fabbro/falegname convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

La Società terrà a proprio carico il costo dell'uscita e della manodopera **entro il limite di euro 150,00 per sinistro**, mentre i costi relativi al materiale e/o ai pezzi di ricambio necessari per la riparazione restano a carico dell'Assicurato.

In caso di furto, tentato furto o smarrimento chiavi, l'Assicurato dovrà presentare alla Centrale Operativa copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo.

04 – Invio di un Vetraio in caso di urgenza

Qualora l'Assicurato necessiti di un vetraio in caso di rottura di un vetro della porta d'ingresso o delle finestre dell'abitazione a seguito di furto o tentato furto, la Centrale Operativa invierà un vetraio convenzionato comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

La Società terrà a proprio carico il costo dell'uscita e della manodopera **entro il limite di euro 150,00 per sinistro**, mentre i costi relativi al materiale e/o ai pezzi di ricambio necessari per la riparazione restano a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà presentare alla Centrale Operativa copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo.

05 – Invio di una Guardia Giurata

Qualora l'Assicurato necessiti di una guardia giurata presso la propria abitazione a seguito di furto o tentato furto che abbia pregiudicato il funzionamento dei mezzi di chiusura atti a garantirne la sicurezza ed esista l'oggettivo rischio di furto o atti vandalici, la Centrale Operativa invierà nel minor tempo possibile una guardia giurata convenzionata comunicando preventivamente, su richiesta, la tariffa oraria approssimativa.

La Società terrà a proprio carico il costo del piantonamento **per un tempo massimo di 10 (dieci) ore consecutive**. Decorse le 10 (dieci) ore, il costo resta a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato dovrà presentare alla Centrale Operativa copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo.

Nel caso in cui non sia possibile reperire il personale addetto, la Società rimborserà, a fronte di presentazione di regolare fattura, le spese sostenute dall'Assicurato **entro il limite di euro 500,00**.

06 – Ripristino dell'abitabilità

Qualora l'Assicurato, a seguito di furto, tentato furto, incendio, esplosione, scoppio o allagamento presso la propria abitazione, necessiti di lavori di pulizia straordinaria che consentano di ripristinarne l'abitabilità, la Centrale Operativa provvederà al reperimento e all'invio di un'impresa specializzata.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione **entro il limite di euro 250,00 per sinistro**.

In caso di furto o tentato furto, l'Assicurato dovrà presentare alla Centrale Operativa copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo.

Nel caso in cui non sia possibile reperire il personale addetto, la Società rimborserà, a fronte di presentazione di regolare fattura, le spese sostenute dall'Assicurato **entro il limite di euro 250,00**.

07 – Sistemazione provvisoria d'emergenza

Qualora l'Assicurato, a seguito di furto, tentato furto, incendio, esplosione, scoppio o allagamento presso la propria abitazione necessiti, per obiettive ragioni d'inagibilità, di una sistemazione alternativa, la Centrale Operativa provvederà alla prenotazione e sistemazione dell'Assicurato e dei familiari in un albergo nei pressi dell'abitazione.

Resta a carico della Società il costo del pernottamento per la prima notte successiva al sinistro **entro il limite di euro 200,00 per sinistro e per anno.**

In caso di furto o tentato furto, l'Assicurato dovrà presentare alla Centrale Operativa copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo.

08 – Rientro anticipato (prestazione valida ad oltre 100 chilometri dal Domicilio dell'Assicurato)

Qualora l'Assicurato in viaggio abbia necessità di rientrare immediatamente presso la propria abitazione danneggiata a seguito di furto, tentato furto, incendio, esplosione, scoppio o allagamento che abbiano causato danni di gravità tale da richiedere la sua presenza sul posto, la Centrale Operativa fornirà un biglietto di viaggio per rientrare al suo domicilio (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) **entro il limite di euro 300,00 per sinistro e per anno.**

In caso di furto o tentato furto, l'Assicurato dovrà presentare alla Centrale Operativa copia della regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo.

09 – Trasloco definitivo

Qualora l'Assicurato, a seguito di furto, tentato furto, incendio, esplosione o scoppio, abbia necessità di trasferire i beni contenuti nella propria abitazione, divenuta definitivamente inagibile, presso un altro luogo all'interno del comune di residenza, la Centrale Operativa provvederà a reperire una società di traslochi o autorizzerà lo stesso a provvedere personalmente, tenendo a proprio carico i relativi costi documentati **entro il limite di euro 1.000,00 per sinistro e per anno**, purché il trasloco venga effettuato entro 30 (trenta) giorni dal sinistro come risultante da regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo. **La prestazione non opera qualora sia stato richiesto il "Ripristino dell'abitabilità".**

10 – Auto sostitutiva a seguito di furto

Qualora l'Assicurato subisca il furto dell'autoveicolo di proprietà custodita nel box o garage pertinente all'abitazione di residenza e qualora ne sia fatta regolare denuncia presso le Autorità competenti del luogo, la Società metterà a disposizione dell'Assicurato un'autovettura a noleggio di cilindrata 1.200 cc **per un periodo massimo di 3 (tre) giorni** a chilometraggio illimitato da utilizzare entro i 15 (quindici) giorni successivi al sinistro, come risultante da regolare denuncia inoltrata alle Autorità competenti del luogo. La prestazione è a carico della Società per 1 (una) volta l'anno con **esclusione dei costi di carburante, assicurazioni facoltative, franchigie, pedaggi e multe.** La prestazione potrà essere garantita durante gli orari di apertura e secondo le disponibilità delle società di autonoleggio convenzionate. Al momento del ritiro del veicolo a noleggio è previsto il rilascio di un deposito cauzionale, che in alcuni casi potrebbe dover essere garantito con carta di credito finanziaria.

Art. 18 – Esclusioni

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

- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- stato di ebbrezza, uso non terapeutico di psicofarmaci nonché uso di stupefacenti e allucinogeni;
- eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura.

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

Art. 19 – Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

19.1 - Obblighi in caso di Sinistro

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

numero verde **800.221812**

numero nero **06.42115781**

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

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste. Inoltre, dovrà qualificarsi come Assicurato *MetLife No Stress Casa e Bollette* 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.

19.2 - Reclami

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

AVVERTENZA PRELIMINARE

La presente Informativa viene resa dalla Compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. «catena assicurativa», ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

1. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

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

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

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

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

3. CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

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

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

4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

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

5. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

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

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

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

6. DESTINATARI/CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

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

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

- a. altri soggetti del settore assicurativo (c.d. “catena assicurativa”), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto stipulato e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di

- contratti di assicurazione (call center esterni); attività di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di back office di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d. organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (es: ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
 - e. società del gruppo di appartenenza del Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
 - f. altri soggetti nei 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 TERZÌ

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

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.