

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Salva Benessere

Contratto di Assicurazione Infortuni per l'individuo, la coppia e la famiglia 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 sul trattamento dei dati personali**

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre gratuitamente al contraente della Polizza "Salva Benessere" la garanzia Momenti Felici elencata nella Polizza Collettiva n. CL/15/002 stipulata con MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



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

Prodotto:
Salva Benessere

Questo documento è stato aggiornato in data 01/01/2019 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza copre gli infortuni occorsi all'assicurato nello svolgimento delle attività professionali e di ogni altra attività senza carattere di professionalità attinente al tempo libero, alla vita di relazione o alla ricreazione.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Diaria da ricovero da infortunio**
Somma assicurata: prestazione giornaliera variabile in base al piano assicurativo prescelto, fino ad un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da ricovero da infortunio conseguente a sinistro stradale**
Somma assicurata: prestazione giornaliera pari al doppio della diaria da ricovero da Infortunio, fino ad un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da convalescenza post ricovero da infortunio**
Somma assicurata: prestazione giornaliera variabile in base al piano assicurativo prescelto, fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da gessatura da Infortunio**
Somma assicurata: prestazione giornaliera variabile in base al piano assicurativo prescelto, fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa.
- ✓ **Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione da infortunio**
Somma assicurata: prestazione variabile in base al piano assicurativo, fino ad un massimo di € 5.000,00 per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero delle lussazioni, commozioni cerebrali o ustioni occorse durante l'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?" contenuta nel DIP Aggiuntivo Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Sono esclusi dalla polizza gli infortuni causati da:

- ! guerra (dichiarata o non dichiarata) insurrezione, occupazione militare ed invasione; l'esclusione opera anche quando l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica italiana della Repubblica di San Marino o della Città del Vaticano, in un paese fino ad allora in pace, a partire dal 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ! delitti dolosi compiuti dall'assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere;
- ! abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ! alcolismo;
- ! suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! i viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, salvo quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- ! sport aerei;
- ! attività sportive remunerate.

Sono inoltre escluse le conseguenze dirette o indirette di:

- ! infortuni accaduti antecedentemente alla data di inizio della polizza;
- ! malattie mentali o nervose se causa o concausa dell'infortunio.

Per la garanzia Diaria da gessatura a seguito di infortunio:

- ! sono escluse le fratture ossee di un singolo dito del piede o della mano e delle ossa nasali.

Per la garanzia Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione da Infortunio:

- ! sono escluse dalla polizza le lussazioni che colpiscono la medesima parte anatomica (recidiva).



Dove vale la copertura?

GARANZIE VALIDE IN ITALIA

- ✓ Diaria da convalescenza post ricovero da infortunio
- ✓ Diaria da ricovero da Infortunio
- ✓ Diaria da ricovero da infortunio conseguente a sinistro stradale
- ✓ Diaria da gessatura da infortunio
- ✓ Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione da infortunio

GARANZIE VALIDE ALL'ESTERO

a condizione che l'assicurato soggiorni all'estero per un massimo di 60 giorni per annualità assicurativa

- ✓ Diaria da ricovero da infortunio
- ✓ Diaria da ricovero da infortunio conseguente a sinistro stradale
- ✓ Diaria da gessatura da infortunio
- ✓ Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione da infortunio



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 anche con cadenza mensile, trimestrale o semestrale senza costi aggiuntivi. Il premio relativo al primo mese di copertura è gratuito. Puoi scegliere di pagare il premio con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario o BancoPosta oppure con la tua carta di credito.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia alle ore 24,00 della data di adesione telefonica. La polizza ha durata annuale. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità e l'assicurato non abbia ancora compiuto 75 anni di età.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, puoi recedere dalla polizza entro 60 giorni dall'adesione. In tal caso, la polizza sarà annullata e ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato.

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

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

Assicurazione Infortuni

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

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



Prodotto: Salva Benessere

Questo documento è stato realizzato in data 01/01/2019 ed è l'ultimo disponibile.

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

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

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

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

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2017 è pari a € 1.607.899.000,00 e 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 € 1.603.520.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c., ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 198%. Le altre informazioni patrimoniali sulla società e la relazione sulla solvibilità sono disponibili sul sito: www.metlife.it/scopri-metlife/informazioni-societarie.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Diaria da ricovero da Infortunio	In caso di ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde la diaria prevista dal piano assicurativo scelto al momento dell'adesione alla polizza, per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa. La diaria sarà corrisposta, a condizione che l'infortunio ed il ricovero si siano verificati durante il periodo di validità della polizza.
Diaria da ricovero da infortunio conseguente a sinistro stradale	In caso di ricovero in istituto di cura a seguito di infortunio occorso in qualità di: <ul style="list-style-type: none">▪ conducente di mezzo di trasporto privato, a condizione che il medesimo sia in regola con le norme di sicurezza previste dal Codice della Strada al momento del sinistro;▪ passeggero su mezzo di trasporto privato o mezzo di trasporto pubblico;▪ pedone, in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo, l'Impresa corrisponde un importo pari al doppio della Diaria da ricovero da infortunio, per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa. La diaria sarà corrisposta, a condizione che l'infortunio ed il ricovero si siano verificati durante il periodo di validità della polizza. La garanzia è valida anche durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di sinistro stradale o guasto meccanico e comprende anche gli infortuni che puoi l'assicurato può subire mentre sale a bordo del veicolo o ne discende.
Diaria da convalescenza post ricovero da Infortunio	In caso di convalescenza successiva ad un ricovero da Infortunio, l'Impresa corrisponde la diaria prevista dal piano assicurativo scelto al momento dell'adesione alla polizza, per ogni giorno di convalescenza, fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa. La diaria sarà corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none">▪ il ricovero abbia avuto una durata pari o superiore a 1 pernottamento;▪ il periodo di convalescenza sia stato prescritto in fase di dimissione dall'Istituto di cura oppure dal medico curante entro e non oltre il terzo giorno dalla dimissione dall'Istituto di cura.
Diaria da gessatura da infortunio	In caso di frattura ossea a seguito di infortunio, che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o di tutore immobilizzante, l'Impresa corrisponde la diaria prevista dal piano assicurativo prescelto al momento dell'adesione alla polizza, per ogni giorno di ingessatura o applicazione di tutore immobilizzante, fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa. La diaria sarà corrisposta a condizione che l'infortunio si sia verificato durante il periodo di validità della polizza e la frattura ossea sia stata diagnosticata entro 1 mese dalla data dell'infortunio.
Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione da Infortunio	In caso di: <ul style="list-style-type: none">▪ Lussazione spinale, della schiena, dell'anca, del ginocchio, del polso, del gomito, della caviglia, della scapola, della clavicola, di 2 o più dita delle mani o dei piedi e della mascella da infortunio, l'Impresa corrisponde un indennizzo pari alla somma prevista dal piano assicurativo prescelto al momento dell'adesione alla polizza. La prestazione sarà corrisposta a condizione che:

	<ul style="list-style-type: none"> - la riduzione della lussazione sia effettuata in istituto di cura; - prima della riduzione sia eseguito esame radiografico; - la procedura sia eseguita da un medico che valuti la necessità di effettuare la riduzione con o senza anestesia. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Commozione cerebrale da infortunio, l'Impresa corrisponde un indennizzo pari alla somma prevista dal piano assicurativo scelto al momento dell'adesione alla polizza. La prestazione sarà corrisposta a condizione che la commozione cerebrale derivi da un trauma improvviso dell'organo cerebrale focale che abbia comportato una perdita, anche se momentanea, della coscienza e/o della sensibilità e/o dell'attività circolatoria e respiratoria. ▪ Ustione da infortunio, l'Impresa corrisponde un indennizzo pari alla somma prevista dal piano assicurativo prescelto al momento dell'adesione alla polizza. La prestazione sarà corrisposta a condizione che nel certificato venga indicata la percentuale corporea colpita da ustione e che detta percentuale sia pari o superiore al 4,5% del corpo.
--	--

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Piano assicurativo	Al momento dell'adesione alla polizza è possibile scegliere tra diversi piani assicurativi, ciascuno dei quali prevede una somma assicurata differente. Il premio varia in base al piano assicurativo scelto.
Piano di garanzie	In alternativa al Piano di garanzie Individuo , a protezione del solo contraente, è possibile scegliere tra: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Piano di garanzie Coppia, che estende la copertura assicurativa al coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio del contraente; ▪ Piano di garanzie Famiglia, che permette di assicurare, in aggiunta ai soggetti previsti dal piano di garanzie coppia, anche i figli del contraente.



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

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



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Rimborso	Hai diritto al rimborso del premio in caso di recesso dal contratto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza cessa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ se l'assicurato trasferisce la propria residenza fuori dall'Italia o non ha più un codice fiscale italiano; ▪ alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo premio, immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età; ▪ in caso di decesso; ▪ se, in corso di contratto, sopraggiunge una delle condizioni di inassicurabilità; ▪ in caso di recesso dal contratto; ▪ in caso di disdetta del contratto.
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Questo prodotto è rivolto alle persone che al momento dell'adesione:

- sono residenti in Italia e sono munite di codice fiscale italiano;
- hanno un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti, nel caso del contraente, del coniuge, del partner civile e del convivente more uxorio del contraente;
- hanno un'età compresa tra 0 e 70 anni non compiuti, nel caso dei figli del contraente.

Non sono assicurabili le persone fisiche che sono o sono state affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o che percepiscano una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio)	1,00% del premio netto imposte
--	--------------------------------

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati:</p> <p style="text-align: center;">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</p> <p>Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".</p> <p>Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.</p>
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: tutela.consumatore@pec.ivass.it Info su: www.ivass.it.</p> <p>In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.</p> <p>Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).</p>

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

Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni Salva Benessere

Questo documento è stato aggiornato in data 01/01/2019 ed è l'ultimo disponibile

Glossario

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:

- con riferimento al Piano di Garanzie Individuo, il Contraente;
- con riferimento al Piano di Garanzie Coppia, la Coppia;
- con riferimento al Piano di Garanzie Famiglia, il Nucleo Familiare.

Assicuratore (o Compagnia): MetLife Europe d.a.c. con Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. 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) e svolge la propria attività assicurativa attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

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

Certificato di assicurazione: il documento che prova l'assicurazione.

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

Contraente: la persona fisica che abbia aderito al Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 4.

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dall'Assicuratore e dal Contraente mediante 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, a condizione che sia presente nello stato di famiglia;
 - il partner unito civilmente con il Contraente (l. 76/2016) non divorziato;
 - il convivente more uxorio del Contraente, a condizione che sia stabilmente convivente con il medesimo nella stessa residenza.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento.

Decorrenza del Programma Assicurativo: il momento in cui il Programma Assicurativo acquista efficacia.

Diaria: indennità giornaliera.

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

Indennizzo: la somma dovuta dall'Assicuratore al verificarsi del Sinistro coperto dal Programma Assicurativo.

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

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

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

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

Malattia mentale o nervosa: ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricompresa nell'articolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10 del OMS) e successive modifiche.

Mezzo di trasporto privato: mezzo terrestre proprio o di terzi a qualsiasi titolo posseduto, di peso complessivo a pieno carico fino a 35 quintali, quale a titolo esemplificativo: autovettura; rimorchio (carrello, appendice, roulotte) trainato da autovettura; autocarro; autocaravan e camper; ciclomotore; motociclo; bicicletta o altro veicolo a braccia.

Mezzo di trasporto pubblico: qualsiasi mezzo destinato al trasporto pubblico di persone e di cose.

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, a condizione che sia presente nello stato di famiglia;
 - il partner unito civilmente con il Contraente (l. 76/2016) non divorziato;
 - il convivente more uxorio del Contraente, a condizione che sia stabilmente convivente con il medesimo nella stessa residenza.

- i figli del Contraente, compresi i minori legalmente affidati o adottati, a condizione che siano presenti nello stato di famiglia e siano fiscalmente "a carico".

Premio: la somma versata all'Assicuratore per la copertura assicurativa offerta.

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

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie offerte dall'Assicuratore.

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.

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

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

Sinistro stradale: evento dannoso che si verifica sulla strada o sulle sue pertinenze, in cui rimangono coinvolti veicoli, esseri umani o animali, fermi o in movimento, e dal quale derivino lesioni a cose, animali, o persone.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Assicuratore e dell'Assicurato, possa impiegarsi per la Conclusione del Contratto tra le dette parti.

Telefonia vocale: tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la Conclusione del Contratto.

Ubrachezza: condizioni conseguenti all'assunzione di alcool, nelle quali il livello di alcolemia risulta essere pari o superiore ai limiti previsti dalle vigenti normative in tema di circolazione stradale.

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle dichiarazioni del Contraente.

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Il Programma Assicurativo, **nei limiti ed alle condizioni di polizza**, opera per gli Infortuni occorsi all'Assicurato nello svolgimento delle attività professionali e di ogni altra attività senza carattere di professionalità attinente al tempo libero, alla vita di relazione o alla ricreazione.

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici e fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità Civili e Militari durante servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi ed i voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;**
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana in un paese fino ad allora in pace; **sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;**
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza che non siano causati dall'uso di stupefacenti, allucinogeni o alcolici.

ART. 3 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dall'Assicuratore comprende le seguenti garanzie:

- a) **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio;**
- b) **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio conseguente a Sinistro stradale, pari al doppio della Diaria di cui alla lettera;**
- c) **Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – Valida solo in Italia;**
- d) **Diaria da gessatura a seguito di Infortunio;**
- e) **Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio.**

La garanzia c) è valida solo in Italia. Le garanzie a), b), d), e) sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'Assicurato si rechi all'estero per un massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.

Avvertenza: le garanzie a) e b) non sono cumulabili

Il Contraente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha la facoltà di scegliere tra 3 distinti Piani di Garanzie:

- **Piano di Garanzie Individuo:** le garanzie operano a favore del Contraente;
- **Piano di Garanzie Coppia:** le garanzie operano a favore della Coppia;
- **Piano di Garanzie Famiglia:** le garanzie operano a favore del Nucleo Familiare.

ART. 4 – PERSONE ASSICURABILI / NON ASSICURABILI E CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

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

- a) **siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana e siano munite di Codice Fiscale;**

- b) abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti con riferimento al Contraente ed al coniuge/partner civile/convivente more uxorio del Contraente e tra 0 e 70 anni non compiuti con riferimento ai figli del Contraente.

Non sono assicurabili, indipendentemente dall'attuale stato di salute, le persone fisiche che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o che percepiscano una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. Qualora le condizioni di non assicurabilità dovessero insorgere in corso Contratto, il Programma Assicurativo cessa alla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata con riferimento al soggetto non assicurabile mentre continua ad operare, fino alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio, con riferimento all'altro componente della Coppia o agli altri componenti del Nucleo familiare.

Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Contraente 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 il Contraente 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 il Contraente 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.

Conclusione del Contratto

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

ART. 5 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 della data di Conclusione del Contratto, ovvero dalle ore 24.00 dell'adesione telefonica da parte del Contraente.

Il Programma Assicurativo ha durata annuale. Successivamente esso si intenderà tacitamente rinnovato, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 4 lett. a) ed il Premio corrispondente risulti pagato, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 6.

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso vengano meno i requisiti di cui all'art. 4 lett. a);
- b) alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio, immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età;
- c) in caso di Decesso;
- d) qualora, in corso di Contratto, dovesse sopraggiungere una delle condizioni di inassicurabilità di cui all'art. 4;
- e) in caso di esercizio del diritto di recesso;
- f) in caso di esercizio del diritto di disdetta.

Con riferimento alle ipotesi a), b), c), d), resta inteso che, nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Coppia o Famiglia, il Programma Assicurativo continua ad operare, fino alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio, con riferimento all'altro componente della Coppia o agli altri componenti del Nucleo familiare.

ART. 6 – RECESSO E DISDETTA

6.1 Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni dalla data di Conclusione del Contratto (così come descritta all'art. 4) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665.** In tal caso l'Assicuratore 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 l'Assicuratore hanno diritto di recedere dal Programma Assicurativo dandone comunicazione all'altra parte **mediante lettera raccomandata A/R, entro 60 giorni dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo. Il Contraente ha altresì la facoltà di comunicare la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665 entro il predetto termine.** Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione. In tal caso l'Assicuratore restituirà al Contraente il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

6.2 Disdetta

Il Contraente e l'Assicuratore hanno diritto di disdire il contratto ad ogni ricorrenza annuale, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, dandone comunicazione all'altra parte **mediante lettera raccomandata A/R, con preavviso di 30**

giorni sulla data di scadenza annuale. Il Contraente ha altresì la facoltà di comunicare la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665 entro il predetto termine.

In caso di frazionamento del premio, il Contraente ha inoltre diritto di disdire il Programma Assicurativo ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, **a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665.** In tal caso il Programma Assicurativo cessa alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio.

ART. 7 – DETERMINAZIONE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

Il Contraente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha facoltà di scegliere il Piano Assicurativo più rispondente alle proprie esigenze, tra quelli proposti dall'Assicuratore. A ciascun Piano Assicurativo corrispondono differenti somme assicurate. La prestazione assicurata è determinata in funzione del Piano Assicurativo prescelto dal Contraente. Il Piano Assicurativo prescelto e le corrispondenti somme assicurate sono indicate nel Certificato di assicurazione.

ART. 8 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Avvertenza: le prestazioni assicurate a) e b) non sono cumulabili.

a) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde al medesimo la Diaria prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di degenza con pernottamento, **fino ad un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa medesima.**

La Diaria sarà corrisposta, a condizione che l'Infortunio ed il Ricovero si siano verificati durante il periodo di validità del Programma Assicurativo, dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza. Ai fini del computo della Diaria saranno computati i soli pernottamenti. Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

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

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 200,00 ed il limite massimo di 180 giorni per annualità assicurativa, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 190 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 36.000,00.

b) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio conseguente a Sinistro stradale, pari al doppio della Diaria di cui alla lettera a)

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio occorso all'Assicurato in qualità di:

- conducente di Mezzo di trasporto privato, **a condizione che il medesimo sia in regola con le norme di sicurezza previste dal Codice della Strada al momento del Sinistro;**
- passeggero su Mezzo di trasporto privato o Mezzo di trasporto pubblico;
- pedone, in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo;

l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato un importo pari al doppio della Diaria di cui alla lett. a), per ogni giorno di degenza con pernottamento, **fino ad un massimo di 180 giorni per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa medesima.**

La garanzia è valida anche durante le operazioni necessarie alla ripresa della marcia del veicolo in caso di Sinistro stradale o guasto meccanico e comprende anche gli infortuni che l'Assicurato subisca mentre sale a bordo del veicolo o ne discende.

La Diaria sarà corrisposta, a condizione che l'Infortunio ed il Ricovero si siano verificati durante il periodo di validità del Programma Assicurativo, dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza. Ai fini del computo della Diaria saranno computati i soli pernottamenti. Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

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

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio conseguente a Sinistro stradale.

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 400,00 ed il limite massimo di 180 giorni per annualità assicurativa, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 190 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 72.000,00.

c) Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – Valida solo in Italia

In caso di Convalescenza successiva ad un Ricovero dovuto ad Infortunio dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde al medesimo la Diaria prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di Convalescenza, **fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa medesima.**

La Diaria sarà corrisposta a partire dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di Cura, dietro presentazione dei certificati medici originali attestanti la necessità ed il periodo di Convalescenza, a condizione che:

- il Ricovero abbia avuto una durata pari o superiore ad 1 pernottamento;
- il periodo di Convalescenza sia stato prescritto in fase di dimissione dall'Istituto di Cura oppure dal medico curante entro e non oltre il terzo giorno dalla dimissione dall'Istituto di Cura.

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 100,00 ed il limite massimo di 30 giorni per annualità assicurativa, qualora sia prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 3.000,00.

d) Diaria da gessatura a seguito di Infortunio

In caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio dell'Assicurato, che comporti l'applicazione di Apparecchio gessato o di Tutore immobilizzante, la Compagnia corrisponde al medesimo la Diaria prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo per ogni giorno in cui il medesimo sia portatore di Apparecchio gessato o di Tutore immobilizzante, **fino ad un massimo di 30 giorni per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa medesima.**

La Diaria sarà corrisposta, a condizione che l'Infortunio si sia verificato durante il periodo di validità del Programma Assicurativo e la Frattura ossea sia stata diagnosticata entro 1 mese dalla data dell'Infortunio, dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso, dell'esame radiografico attestante la Frattura ossea e dei certificati medici originali attestanti l'avvenuta applicazione e rimozione dell'Apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante.

Per le seguenti Fratture ossee, purché radiologicamente accertate ed indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato, resta inteso che verrà corrisposta la Diaria sopraindicata:

- frattura del bacino;
- frattura del femore;
- frattura della colonna;
- frattura di più di 3 coste;
- frattura del cranio.

Sono escluse dal Programma Assicurativo le fratture ossee di un singolo dito del piede o della mano e delle ossa nasali.

Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro per Frattura ossea e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzi che l'Assicurato sia affetto da osteoporosi o da qualsiasi altra Malattia delle ossa, il Programma Assicurativo opera con riferimento al Sinistro denunciato ma cessa da quel momento in avanti. L'Assicurato potrà tuttavia usufruire di tutte le altre prestazioni previste dal Programma Assicurativo. Resta inteso che, in caso di adesione al Piano di Garanzie Coppia o Famiglia, il Programma Assicurativo continua ad operare con riferimento all'altro componente della Coppia o agli altri componenti del Nucleo familiare.

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 100,00 ed il limite massimo di 30 giorni per annualità assicurativa, qualora venga applicato all'Assicurato un Apparecchio gessato per 40 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 3.000,00.

e) Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio.

▪ Lussazione

In caso di Lussazione a seguito di Infortunio dell'Assicurato tra quelle di seguito indicate, l'Assicuratore corrisponde a favore del medesimo un Indennizzo pari alla somma prevista dal Piano Assicurativo prescelto dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. **La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso e dell'esame radiografico attestante la Lussazione, a condizione che:**

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

Sono garantite le lussazioni, spinali o della schiena, dell'anca, del ginocchio, del polso o del gomito; della caviglia, della scapola o della clavicola, di 2 o più dita (delle mani o dei piedi), della mascella.

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

▪ Commozione cerebrale

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

▪ Ustione

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

La prestazione massima garantita è pari ad € 5.000,00 per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero delle lussazioni, commozioni cerebrali o ustioni occorse durante l'annualità assicurativa.

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

Considerato:

- a) una Lussazione della colonna vertebrale (Indennizzo € 1.250,00);
 - b) una Lussazione dell'anca (Indennizzo € 1.250,00);
 - c) una Lussazione del ginocchio (Indennizzo € 1.250,00);
 - d) una Commozione cerebrale (Indennizzo € 1.250,00);
 - e) un'Ustione (Indennizzo € 1.250,00);
 - f) tutte occorse all'Assicurato nella medesima annualità assicurativa;
 - g) il limite massimo di € 5.000,00 per annualità assicurativa;
- l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 5.000,00.

ART. 9 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI

Avvertenza: l'Assicuratore non sarà tenuto a garantire alcuna copertura assicurativa e non sarà obbligato a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre lo stesso 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.

Esclusioni

Sono esclusi dal Programma Assicurativo gli infortuni causati da:

- guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- alcolismo;
- suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo salvo quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- sport aerei;
- attività sportive remunerate.

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

- infortuni accaduti antecedentemente alla data di decorrenza del Programma Assicurativo;
- malattie mentali o nervose se causa o concausa dell'Infortunio.

ART. 10 – AGGRAVAMENTO / DIMINUIZIONE DEL RISCHIO IN CORSO DI VALIDITÀ CONTRATTUALE

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato.

ART. 11 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione, in funzione del Piano di Garanzie e del Piano Assicurativo prescelti dal Contraente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. Il Premio viene corrisposto all'Assicuratore tramite addebito automatico sul conto corrente bancario o BancoPosta o carta di credito intestata al Contraente, con la frequenza prescelta dal Contraente medesimo ed indicata nel Certificato di assicurazione. Eventuali altre modalità di pagamento del premio dovranno pertanto essere preventivamente concordate dal Contraente con l'Assicuratore. L'Assicuratore consente il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale del premio senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente. Il Premio relativo al primo mese di copertura è gratuito.

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

Allo stesso modo, se, alle scadenze convenute, il Contraente non pagasse le rate di premio successive, il Programma Assicurativo resterà sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dall'Assicuratore.

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

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

ART. 12 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito

internet www.metlife.it nella sezione “Assistenza Clienti” / “Denuncia un Sinistro”. Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all’indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al Numero Verde **800.319.665**. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati nel modulo di denuncia. L’invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nel modulo di denuncia Sinistro, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l’accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l’Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate. **L’assicurazione di cui al presente Contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell’art. 2952 del Codice civile II comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.** In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell’impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

ART. 13 – RECLAMI

13.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni

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

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L’ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

Il reclamante potrà presentare reclamo all’Assicuratore 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.

13.2 – 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 all’Assicuratore, 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.

13.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

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

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

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

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

ART. 14 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

L’Assicurato ha il diritto di richiedere all’Assicuratore informazioni in merito all’evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata per iscritto all’indirizzo dell’Assicuratore scrivendo a MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l’Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, oppure attraverso il sito web all’indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti. In alternativa è possibile telefonare al

seguito Numero Verde **800.319.665**. L'Assicuratore si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

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

ART. 15 – LEGGE APPLICABILE

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 16 – FORO COMPETENTE, PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE E ARBITRATO

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

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

ART. 17 – 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. 18 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto all'Assicuratore dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona fisica più di un Programma Assicurativo relativo al presente Contratto di assicurazione. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, l'Assicuratore considererà valido esclusivamente il Programma Assicurativo sottoscritto con la data più remota e restituirà al Contraente i premi incassati al netto delle imposte in relazione ai Programmi Assicurativi stipulati indebitamente. La presente disposizione non si applica nel caso in cui il Contraente dovesse risultare coperto per il medesimo rischio nella condizione di aderente ad una polizza collettiva stipulata da una persona giuridica.

ART. 19 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

Informativa Privacy

Gentile Cliente,

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

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, il *Codice in materia di protezione dei dati personali* o Codice Privacy, e sue successive modifiche e integrazioni, Regolamento (UE) 2016/679, *Regolamento generale sulla protezione dei dati*, 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, i dati personali da noi trattati (es. nome, recapiti, incluso e-mail e numeri telefonici, età, data di nascita, sesso, occupazione, etc.) possono essere acquisiti:

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

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

Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.

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

Il conferimento dei suoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo (es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa antiriciclaggio o per effettuare le verifiche di adeguatezza del prodotto assicurativo offerto). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti. Per tali finalità i dati potranno essere trattati, nell'ambito delle nostre strutture, solo dal personale incaricato della gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, in conformità alle disposizioni normative vigenti e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

Alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita ed alla gestione di prodotti assicurativi e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, 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 la polizza stessa o eventuali sinistri. Inoltre, per le suddette finalità, i dati personali relativi al soggetto interessato potranno essere comunicati e trasferiti alle società facenti parte del gruppo MetLife o a loro fornitori, anche fuori dal territorio dell'Unione Europea ed, in particolare, negli Stati Uniti. Relativamente al trasferimento dei dati all'estero, il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dalla Legge italiana anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

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

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

Quali sono i suoi diritti?

Il diritto ad essere informati. Ha diritto a ricevere un'informativa chiara, trasparente e facilmente comprensibile in merito ai suoi diritti e al trattamento dei suoi dati personali, inclusi quelli sensibili.

Il diritto di accesso ai dati personali. Ha il diritto di ottenere l'accesso ai suoi dati personali (se sono oggetto di trattamento da parte nostra) e ad altre tipologie di dati personali (simili a quelle previste dalla presente Informativa Privacy). In questo modo lei può conoscere e verificare che stiamo utilizzando i suoi dati personali nel rispetto della Legge in materia di protezione dei dati.

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

Il diritto alla cancellazione. Questo è conosciuto anche come "diritto all'oblio" e, in parole semplici, le consente di richiedere la cancellazione o la rimozione dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuare ad utilizzarli. 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 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 di "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 e alla profilazione. Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela cui indirizzare le nostre proposte commerciali 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 in base al profilo di rischio riscontrato. Per lo svolgimento di tali finalità, abbiamo necessità di ottenere il suo consenso, tuttavia, l'utilizzo di tecnologie è necessario, anche al fine di ridurre gli errori e aumentare il livello di servizio. L'assenza del consenso al processo decisionale automatizzato può impedire, pertanto, lo svolgimento del processo assicurativo necessario ai fini della presa in copertura. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica.

Fatti salvi i diritti sopra indicati, informiamo che, coerentemente con la normativa vigente, in caso di richieste pretestuose, manifestamente infondate e ripetitive, ci riserviamo la possibilità di addebitare un contributo spese in base ai costi amministrativi sostenuti.

Come contattarci o chiedere aiuto

Per ogni domanda o richiesta di aiuto in relazione alla nostra Informativa Privacy, la preghiamo di contattare il nostro **Responsabile della protezione dei dati personali**, i cui recapiti sono di seguito riportati: **Telefono: (+39) 06 492161 o e-mail info.privacy@metlife.it**.

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

Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, email, 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 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, 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), nonché per offrire una sua opinione sulla qualità dei servizi resi. 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 sue 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.

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

La nostra Policy relativa alla conservazione dei dati personali è conforme a tutte le leggi in materia di protezione di dati personali applicabili a cui siamo soggetti. Esse stabiliscono per quanto tempo possiamo conservare diverse tipologie di dati personali che possediamo e che aggiorniamo regolarmente, fino a un massimo di 10 anni dalla proposta (qualora non finalizzata) o dalla cessazione della polizza (per gli assicurati o aventi diritto alla prestazione assicurativa) e di 12 mesi per gli altri soggetti.

Cancelliamo in modo sicuro i suoi dati personali che non abbiamo più motivo di conservare secondo quanto stabilito dai limiti temporali previsti dalle nostre Policy. L'utilizzo dei dati per effettuare indagini statistiche e di mercato, avviene in anonimato.

Per quali finalità di trattamento chiediamo il consenso

- (i) **Consenso al trattamento di dati personali, anche sensibili** (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.

Il suo consenso per tale finalità è necessario per fornirle i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.

- (ii) **Consenso ad essere sottoposto a decisioni basate sul trattamento automatizzato dei dati personali finalizzate alla sottoscrizione del contratto:** può esprimere il suo consenso per permetterci di prendere decisioni attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici che comportano un trattamento automatizzato dei suoi dati, compresa la profilazione, l'accettazione o il rifiuto della presa in copertura in base a fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e la determinazione del premio assicurativo da applicare in base al profilo di rischio riscontrato.

Il suo consenso per tale finalità è necessario per fornirle i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.

- (iii) **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, distinta dalle decisioni automatizzate di cui sopra. Per profilazione s'intende qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali volta a valutare determinati aspetti personali e/o abitudini al fine di farle pervenire le nostre proposte commerciali più aderenti al suo profilo.

Il suo consenso per tali finalità è facoltativo e potrà essere revocato agevolmente e in ogni momento. Tale consenso è tuttavia utile per poter ricevere proposte commerciali più aderenti al suo profilo assicurativo.

- (iv) **Consenso ad essere ricontattato per comunicazioni commerciali, vendita diretta e sondaggi:** vorremmo poterla contattare per proporre contenuti esclusivi, offerte e informazioni relative ai prodotti e servizi MetLife nonché per il compimento dei sondaggi ed analisi finalizzate al miglioramento dell'offerta e delle modalità di proposizione e fruizione della stessa. Tali contatti potranno avvenire attraverso modalità automatizzate (es. email e/o sms) o tradizionali (es. posta cartacea e/o telefonata tramite operatore).

Il suo consenso per tali finalità è facoltativo e potrà essere revocato agevolmente e in ogni momento. Tale consenso è tuttavia utile per aggiornamenti sui prodotti o servizi MetLife.

Per revocare il consenso reso, ove possibile, può contattarci ai recapiti forniti nella voce "**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 Informativa e alle modalità con cui raccogliamo, utilizziamo o condividiamo i suoi dati personali.

Modulo di Denuncia Sinistro Salva Benessere

DATI RELATIVI AL CONTRAENTE

Nome: Cognome:
Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa): Sesso: M F
Codice Fiscale: Recapito Telefonico:
Indirizzo: Cap: Comune: Prov:

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO (da compilarsi se persona diversa dal Contraente)

Nome: Cognome:
Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa): Sesso: M F
Codice Fiscale: Recapito Telefonico:
Indirizzo: Cap: Comune: Prov:

DATI RELATIVI ALL'EVENTO PER IL QUALE SI RICHIEDE L'INDENNIZZO

- Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio
 Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio conseguente a Sinistro stradale
 Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio
 Diaria da gessatura a seguito di Infortunio
 Lussazione, Commozione cerebrale ed Ustione a seguito di Infortunio

Data di accadimento (gg/mm/aa): Ora: Luogo:

Descrizione delle cause e delle circostanze dell'Infortunio e delle conseguenze immediate:
.....
.....
.....

RIFERIMENTI DI CONTO CORRENTE (PER L'EVENTUALE LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO)

Intestatario: Codice Iban:

DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA DA ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA SINISTRO OPPURE DA INVIARE SUCCESSIVAMENTE QUALORA NON ANCORA DISPONIBILE ALLA DATA DI COMPILAZIONE DEL MODULO

- **DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO E DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO CONSEGUENTE A SINISTRO STRADALE**
 - Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento;
 - Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza.
- **DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO**
 - Certificato/i medico/i in originale attestante/i la necessità ed il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero, prescritto in fase di dimissione dall'Istituto di Cura oppure dal medico curante.
- **DIARIA DA GESSATURA 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'avvenuta applicazione e rimozione dell'Apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante.
- **LUSSAZIONE**
 - Certificato di pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento;
 - Esame radiografico eseguito prima della riduzione.
- **COMMOZIONE CEREBRALE E USTIONE**
 - Certificato di pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento.

Per tutte le garanzie, in caso di adesione al Piano di Garanzie Coppia o Famiglia, sarà necessario anche allegare:

- Stato di famiglia del Contraente al momento del Sinistro in originale, nel caso in cui il Sinistro riguardi il coniuge o il figlio del Contraente;
- Documentazione attestante l'unione civile in originale, nel caso in cui il Sinistro riguardi il partner civile del Contraente;
- Certificato di residenza del convivente more uxorio del Contraente al momento del Sinistro in originale, nel caso in cui il Sinistro riguardi il convivente more uxorio del Contraente.

Informativa Privacy

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

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla Privacy integralmente consultabile nella nostra pagina web dedicata alla Privacy sul sito www.metlife.it, la informiamo che i dati personali, anche sensibili¹, da lei forniti (anche riferiti a terzi il cui trattamento sia strumentale alla fornitura dei servizi previsti dalla polizza stessa) con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati da MetLife al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Nel caso di trattamento di dati di minori di età la manifestazione del consenso richiesto in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. 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.

Se interessato, potrà altresì acconsentire ad essere ricontattato per il compimento di sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso attraverso modalità automatizzate (Email e/o Sms) o tradizionali (Posta cartacea e/o Telefonata tramite operatore). Il rilascio del consenso per tali finalità è facoltativo, ma consente a MetLife di valutare il grado di soddisfazione della clientela e migliorare il servizio reso.

In ogni momento, lei potrà consultare i suoi dati e chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione, portabilità, limitazione, cancellazione od opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere successivamente una diversa volontà sulle modalità di contatto, attraverso i seguenti recapiti di MetLife: **Telefono: (+39) 06 492161** o **Email info.privacy@metlife.it**.

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

Consenso al trattamento dei dati personali

Preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali sopra riportata, ai sensi della normativa sulla Privacy (D.lgs. n. 196/2003 successive modifiche e integrazioni) acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili, da parte di MetLife per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Acconsento Non acconsento al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili
(consenso necessario ai fini della gestione del sinistro)

Acconsento Non acconsento ad essere contattato per ricerche ed analisi sulla qualità del servizio
(consenso facoltativo)

* / /	
Data (gg/mm/aa)	Firma dell'Assicurato/Esercente la Potestà o del Tutore per assicurati minorenni
* / /	
Data (gg/mm/aa)	Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato

¹ Per "dato sensibile", ai sensi della normativa vigente, 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 la vita sessuale.

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

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, in virtù della Convenzione Collettiva n. CL/15/002, stipulata in qualità di contraente con MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, offre gratuitamente la garanzia Momenti Felici al contraente della polizza denominata "Salva Benessere".

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE RELATIVE ALLA GARANZIA MOMENTI FELICI CONVENZIONE COLLETTIVA N. CL/15/002

Per tutto quanto non espressamente richiamato nelle Condizioni di assicurazione di seguito riportate, troverà applicazione quanto disciplinato nel Fascicolo informativo relativo alla polizza "Salva Benessere".

Glossario

Assicurato: il contraente della polizza "Salva Benessere".

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

Carenza: periodo di tempo durante il quale la garanzia non è efficace. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e l'Assicuratore non corrisponderà la prestazione assicurata.

Contraente: MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma.

Esclusioni: i rischi non coperti elencati all'interno delle Condizioni di assicurazione.

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

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

ART. 1 – GARANZIA

La copertura assicurativa offerta dall'Assicuratore prevede la garanzia "Momenti Felici" dell'Assicurato. La garanzia è valida senza limiti territoriali.

ART. 2 – DURATA DELLA GARANZIA

La garanzia "Momenti Felici" acquista efficacia dalla data di decorrenza della polizza "Salva Benessere" e rimane in vigore per il periodo di durata della polizza "Salva Benessere", **fino ad un massimo di 10 anni**. Pertanto, nel caso in cui la durata della polizza "Salva Benessere" fosse superiore a 10 anni, la garanzia "Momenti Felici" cesserà al termine dei primi 10 anni di durata della polizza "Salva Benessere". Resta inteso che qualora la polizza "Salva Benessere" dovesse cessare, per qualsiasi ragione, prima dello scadere dei 10 anni, cesserà anche la garanzia "Momenti Felici".

ART. 3 – PRESTAZIONE ASSICURATA

In caso di matrimonio civile, nascita di un figlio o adozione di minore da parte dell'Assicurato ("Momenti Felici") l'Assicuratore corrisponde al medesimo un buono spesa del valore di € 500,00 da spendere presso la catena di supermercati Simply, **fino ad un massimo di 2 eventi per l'intero periodo di durata della garanzia. Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario che intervengano nel periodo di vigenza della garanzia la data del matrimonio civile ovvero, in caso di matrimonio civile celebrato all'estero, la trascrizione del matrimonio nei registri dello stato civile italiano, la data di nascita del figlio, la data della sentenza definitiva del tribunale italiano per i minorenni che pronuncia l'adozione ovvero, in caso di adozione pronunciata all'estero, la trascrizione del provvedimento di adozione nei registri dello stato civile italiano.**

ART. 4 – CARENZA / ESCLUSIONI

La garanzia prevede un periodo di Carenza di un anno, a partire dalla data di decorrenza della polizza "Salva Benessere". Sono esclusi dalla garanzia tutti gli eventi preesistenti alla data di perfezionamento della polizza "Salva Benessere".

ART. 5 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Assicuratore. La denuncia può essere presentata in forma libera, 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 di seguito elencati in originale:

- matrimonio civile: certificato di matrimonio;
- nascita di un figlio: certificato di nascita;
- adozione di minore: attestazione del tribunale di completato processo di adozione.

L'invio tardivo della documentazione sopra indicata potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta l'Assicuratore comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. L'Assicuratore si riserva il diritto, a sue spese, di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni allo stesso comunicate. **L'assicurazione di cui al presente Contratto è classificata nel Ramo Danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.** In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, l'Assicuratore si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora l'Assicuratore, per cause ad esso non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere

gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

ART. 6 – RECLAMI

6.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni

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

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L’ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

Il reclamante potrà presentare reclamo all’Assicuratore 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.

6.2 – 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 all’Assicuratore, 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.

6.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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