



Wecare Protezione per noi
Contratto di assicurazione infortuni

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- **Nota Informativa, comprensiva di Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Certificato di Assicurazione (Fac-simile)**

deve essere consegnato al Contraente prima che questi sia vincolato dal contratto di assicurazione a distanza.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Mod. WPNC506 Ed. 01/2017

Prima di far sottoscrivere una proposta o, qualora non prevista, un contratto di assicurazione, gli intermediari consegnano al contraente una copia della presente informativa

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI AI SENSI DEL REG. ISVAP 5/2006 ART. 49 – ALL. 7A

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a. prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, consegnano al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del citato regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b. prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione e ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c. sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d. informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e. consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f. possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto



INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente

A. Dati dell'intermediario

Denominazione sociale
BANCA POPOLARE DI MILANO S.p.A.

Iscrizione RUI
D000070762 Data **12/02/2007** Sezione: **D**

Sede legale
Milano, Piazza F. Meda 4

Sito internet
www.bpm.it
www.webank.it

Telefono
+390277001

Indirizzo e-mail
servizioclientibpm@bpmgroup.it

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata
assicurazioni@pec.bpm.it

B. Denominazione sociale dell'impresa di cui sono offerti i prodotti

MetLife Europe d.a.c.

C. Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni- Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

GLI ESTREMI IDENTIFICATIVI E DI ISCRIZIONE DELL'INTERMEDIARIO POSSONO ESSERE VERIFICATI CONSULTANDO IL REGISTRO UNICO DEGLI INTERMEDIARI ASSICURATIVI E RIASSICURATIVI SUL SITO INTERNET DELL'IVASS (www.ivass.it).

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

- a) Banca Popolare di Milano S.p.A. , non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di MetLife Europe d.a.c.;
- b) né MetLife Europe d.a.c. né alcuna altra impresa di assicurazione o impresa controllante un'impresa di assicurazione sono detentrici di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto dell'intermediario;
- c) con riguardo al contratto proposto, si informa che l'intermediario propone i contratti di MetLife Europe d.a.c. in virtù di un accordo di intermediazione assicurativa senza vincolo di esclusiva . Per completezza di informazione, si specifica che Banca Popolare di Milano S.p.A. ha in essere contratti di intermediazione anche con altre imprese di assicurazione, il cui elenco è disponibile alla pagina <https://www.webank.it/webankpub/wbresp/t1/assicurazioni.do> e/o <http://www.bpm.it/it-com/privati-e-famiglie/assicurazioni/in-primo-piano.html>

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

E' facoltà del contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto:

- **all'impresa preponente**, se l'oggetto del reclamo è relativo al comportamento dell'impresa stessa, con le seguenti modalità e, indifferentemente, a uno dei seguenti recapiti:
MetLife Europe d.a.c.
Ufficio Reclami
Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma
Pec: reclami@metlife.it
Fax 06.49216300
Email: reclami@metlife.it
- **all'intermediario**, se l'oggetto del reclamo è relativo al comportamento dell'intermediario stesso o dei suoi dipendenti o collaboratori, con le seguenti modalità e indifferentemente a uno dei seguenti recapiti:
lettera raccomandata A/R indirizzata a:

Banca Popolare di Milano S.p.A.
Ufficio Reclami
Piazza Filippo Meda n. 4, 20121 MILANO
Pec: bpm.gestionereclami@pec.bpm.it
Fax: 02.77002799
E-mail: reclami@bpm.it

Qualora il contraente non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, lo stesso potrà rivolgersi all'IVASS

- Servizio Tutela del Consumatore (se il reclamo è relativo al comportamento dell'Impresa) ovvero
- Servizio Vigilanza Intermediari (se il reclamo è relativo al comportamento dell'Intermediario)

Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, utilizzando il modulo a tal fine predisposto dall'Istituto reperibile sul sito dello stesso ed allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa preponente.

La presentazione del reclamo all'IVASS può avvenire anche via PEC o tramite fax rispettivamente all'indirizzo o al numero indicati sul sito internet dell'Istituto. In caso di invio tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

Il cliente potrà, inoltre, rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, dettagliati nella documentazione pre-contrattuale e contrattuale di polizza. Le informazioni in merito alle procedure di reclamo e ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie sono, inoltre, reperibili al seguente link: <http://www.bancobpm.it/it-ist/reclami/> e nelle agenzie della Banca oltre che nella documentazione pre-contrattuale e contrattuale di polizza.

Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima che questi sia vincolato dal contratto di assicurazione a distanza.

La Nota Informativa si articola in 3 sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. INFORMAZIONI GENERALI

La denominazione sociale della Compagnia di cui sono offerti i prodotti assicurativi è METLIFE EUROPE d.a.c..

METLIFE EUROPE d.a.c. è una società di capitali costituita in Irlanda ed iscritta al registro delle imprese istituito presso l'ufficio del Registro delle Imprese Irlandese, con numero di iscrizione 415123, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 e capitale sociale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 635.000 emesse. 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 VI, così come definiti ai sensi della Direttiva comunitaria 2002/83CE in materia di assicurazione sulla vita, e l'attività assicurativa nei rami danni 1 e 2, così come definiti ai sensi della Direttiva comunitaria 73/239/CE in materia di assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita.

La Rappresentanza Generale per l'Italia della METLIFE EUROPE d.a.c. è iscritta dal 10 ottobre 2012 nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da ISVAP ad operare in Italia in regime di stabilimento al n. 1.00110 nonché al Registro delle Imprese di Roma al n. 12083481007 e ha 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 la Compagnia.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2015 è pari a € 710.467.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 4.152.000,00 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 4.152.000 emesse, e altre riserve pari a € 706.315.000,00. 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 193%.

B. Informazioni sul contratto

AVVERTENZA

La durata della polizza, a partire dalla data di conclusione del contratto, è illimitata, fermi restando i limiti di età previsti all'Art. 23 delle condizioni di assicurazione. Tuttavia il Contraente può disdire il contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione secondo le modalità e nei termini indicati nell'Art. 3 delle condizioni di assicurazione.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE - LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le somme assicurate si intendono divise in parti uguali tra i componenti del nucleo familiare, con il minimo del 33% ai sensi dell'Art. 26 delle Condizioni di Assicurazione.

3.1 LA COMPAGNIA GARANTISCE ALL'ASSICURATO:

1° CASO - DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Considerato un capitale assicurato pari a € 60,00 giornaliero, qualora in conseguenza di un evento indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura pubblico o privato, la Compagnia corrisponde la diaria garantita, per ciascun giorno di degenza completa di pernottamento, con il limite massimo di 365 giorni. Per questa garanzia le somme assicurate non vengono ripartite in funzione del numero dei componenti del nucleo familiare e pertanto nel caso di ricovero avente una durata pari a 30 giorni verranno indennizzate € 1.800,00.

2° CASO - INVALIDITÀ PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Considerato un capitale assicurato pari a € 120.000,00 la liquidazione dell'indennizzo dovuto per invalidità permanente viene determinata come segue. Se l'invalidità permanente di un Assicurato risulta:

- pari o inferiore al 3% della totale, non verrà riconosciuto alcun indennizzo per invalidità permanente (franchigia);
- superiore al 3% e fino al 10% della totale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente la franchigia sopra indicata; nel caso in cui il nucleo familiare sia composto da due persone e l'invalidità riconosciuta sia pari al 7%, verrà riconosciuto un indennizzo di € 2.400,00;
- superiore al 10% e fino al 50% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza l'applicazione della franchigia sopra indicata; nel caso in cui il nucleo familiare sia composto da due persone e l'invalidità riconosciuta sia pari al 30%, verrà riconosciuto un indennizzo di € 18.000,00;
- superiore al 50% e fino al 75% della totale, l'indennizzo verrà liquidato nella misura del 100% della somma assicurata; nel caso in cui il nucleo familiare sia composto da due persone e l'invalidità riconosciuta sia pari al 55%, verrà riconosciuto un indennizzo di € 60.000,00;
- superiore al 75% della totale, l'indennizzo verrà liquidato nella misura del 150% della somma assicurata; nel caso in cui il nucleo familiare sia composto da due persone e l'invalidità riconosciuta sia pari al 76%, verrà riconosciuto un indennizzo di € 90.000,00.

3° CASO - MORTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Considerato un capitale assicurato pari a € 120.000, nel caso in cui il nucleo familiare sia composto da due persone e un Assicurato deceda i beneficiari avranno diritto ad un capitale di € 60.000,00.

AVVERTENZA

La polizza prevede le esclusioni e le limitazioni rispettivamente indicati dagli Artt. 23, 24 e 25 delle Condizioni di assicurazione. I limiti di età sono riportati all'Art. 23 delle Condizioni di assicurazione.

4. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

AVVERTENZA

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze rese dal Contraente, anche per conto dei componenti del nucleo familiare, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato di cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1892 c.c. e dell'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Compagnia potrà esercitare il diritto di recesso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1893 c.c. e dell'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1895 c.c. e dell'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

5. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile. **Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi dell'Art. 24 ancorché presenti nello Stato di Famiglia, ed è da considerare immediatamente sospesa qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.**

6. PREMI

Il premio di assicurazione verrà corrisposto tramite addebito sul conto corrente aperto dal Contraente presso Banca Popolare di Milano S.p.A. tramite il Servizio Webank, con la frequenza indicata nel Certificato di Assicurazione.

Il premio viene pagato su delega dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del modulo di Adesione e viene versato in via anticipata dal Contraente alla Compagnia.

Nel caso in cui il Contraente non intrattenga più il rapporto di conto corrente aperto presso Banca Popolare di Milano S.p.A. tramite il Servizio Webank, la polizza verrà estinta. Si rinvia all'Art.4 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

7. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il Premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento in base all'evoluzione dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati elaborato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

8. DIRITTO DI RECESSO

AVVERTENZA

Il Contraente ha diritto di recedere entro 60 giorni dalla data di conclusione del contratto secondo le modalità e nei termini indicati all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione. Il Contraente potrà altresì disdire il contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione attraverso le modalità e nei termini indicati nell'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

9. MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a consegnare al Contraente un'apposita appendice integrativa, nel caso in cui si renda necessario aggiornare le informazioni contenute nel Fascicolo Informativo o nel Certificato di Assicurazione.

La Compagnia comunica per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche dovute a modifiche delle norme di interesse, successive alla conclusione del contratto.

AVVERTENZA

La Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo, non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

10. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 comma 1 del Codice civile "il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalla singole scadenze". Ai sensi del comma 2, "gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda". La copertura decade, per il singolo assicurato, qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

11. LEGGE APPLICABILE

Il presente contratto è soggetto alla legge italiana. Ai sensi del Codice delle Assicurazioni, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

12. REGIME FISCALE

Al presente contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).

I premi per le garanzie del Ramo Danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi.

c. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA

Ai fini della presente polizza il sinistro si intende verificato il giorno dell'infortunio.

La denuncia dell'infortunio deve essere presentata ai sensi dell'Art. 32 utilizzando il Modulo di Denuncia Sinistro Infortuni.

Le spese necessarie per l'accertamento del danno infortuni verranno sostenute dalla Compagnia.

S'intendono prescritte tutte le richieste di indennizzo inviate alla Compagnia, decorsi due anni dalla data dell'evento.

L'Assicurato o gli aventi diritto autorizzano la Compagnia ad accedere a tutta la documentazione medica utile e/o necessaria ai fini dell'accertamento dell'esistenza del diritto alla liquidazione dell'indennizzo e, a tal fine, sciogliendo i sanitari coinvolti dal rispetto del segreto professionale.

14. RECLAMI

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 qui di seguito indicati: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it.

L'Assicuratore gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, nei seguenti casi:

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, 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 rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, secondo le modalità di seguito indicate e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore

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.

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione, come disciplinato dalla Legge n. 98/2013 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

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.

15. ARBITRATO INFORTUNI

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, 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.

AVVERTENZA

Le Parti conservano in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Glossario

ASSICURATO: il cliente di Banca Popolare di Milano S.p.A. che abbia aperto un conto corrente tramite il Servizio Webank e che abbia aderito alla polizza assicurativa "Wecare Protezione per noi" sottoscrivendo il Certificato di Assicurazione e il nucleo familiare.

BENEFICIARIO: l'Assicurato stesso, in caso di indennizzo della invalidità permanente e della diaria da ricovero; gli eredi legittimi o testamentari o la persona designata dall'Assicurato, in caso di morte.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE: Il documento che prova l'assicurazione.

COLLOCAMENTO DEL CONTRATTO MEDIANTE HOME BANKING: tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la conclusione delle singole applicazioni del presente contratto in coerenza a quanto previsto dall'art. 13 del Reg. Isvap n. 34/2010.

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

CONTRAENTE: la persona alla quale è intestato il contratto e che corrisponde il relativo premio.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A DISTANZA: il contratto di assicurazione sulla vita o contro i danni stipulato dalla Compagnia e dall'Assicurato nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dall'Intermediario che, per tale contratto, impiega esclusivamente una o più tecniche di comunicazione a distanza fino alla conclusione del contratto, compresa la conclusione del contratto stesso.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la prestazione assicurata al verificarsi di un evento garantito, secondo i termini contrattuali previsti.

CODICE DELLE ASSICURAZIONI: Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

DAY HOSPITAL: degenza diurna senza pernottamento.

DECORRENZA DELLA GARANZIA: momento in cui le garanzie divengono operanti, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

DETRAIBILITÀ FISCALE (DEL PREMIO VERSATO): misura del premio versato per determinate tipologie di contratti e garanzie assicurative che secondo la normativa vigente può essere portata in detrazione dalle imposte sui redditi.

DIARIA DA RICOVERO: indennità giornaliera prevista in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura a seguito di infortunio.

DURATA CONTRATTUALE: periodo durante il quale il contratto è efficace.

ESCLUSIONI: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Compagnia, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

FASCICOLO INFORMATIVO: l'insieme della documentazione informativa da consegnare all'Assicurato, composto da: Nota informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione e Certificato di Assicurazione.

FRANCHIGIA: la parte del danno, espressa in cifra fissa o in percentuale, che in caso di sinistro indennizzabile rimane a carico dell'Assicurato.

INDENNIZZO: somma dovuta dalla Compagnia a titolo di ristoro del danno subito da un proprio Assicurato al verificarsi del sinistro indennizzabile ai fini del presente Contratto di Assicurazione.

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INVALIDITÀ PERMANENTE: la perdita, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla sua professione.

INTERMEDIARIO: Banca Popolare di Milano S.p.A. Sede Sociale e Direzione Generale Piazza F. Meda, 4 - 20121 Milano
iscritta alla sezione D del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi, N. D000070762, in data 12/02/2007.

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: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungodegenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative.

IVASS (GIÀ ISVAP): 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.

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.

NUCLEO FAMIGLIARE: esclusivamente se evidenziati nello Stato di Famiglia, ne fanno parte:

- il coniuge del contraente (purché non divorziato o separato legalmente);
- i figli del contraente, compresi i figli naturali legalmente riconosciuti ed i minori legalmente affidati o adottati.

PARTI: Il Contraente e la Compagnia che sottoscrivono il contratto di assicurazione.

PREMIO: importo dovuto dal Contraente alla Compagnia.

PRESTAZIONI ASSICURATE: la somma che la Compagnia si impegna a pagare a termini di polizza, differenziata per ciascuna garanzia prestata, indicata nel Certificato di Assicurazione nel momento della sottoscrizione e divisa in funzione del numero degli Assicurati.

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

PROGRAMMA ASSICURATIVO: insieme delle garanzie assicurative offerte dalla Compagnia.

RICOVERO: la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, pubblico o privato, che comporti almeno un pernottamento.

SCADENZA: data in cui cessano gli effetti del contratto.

SFORZO: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle normali attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.

SINISTRO: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SUPPORTO DUREVOLE: qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

TECNICA DI COMUNICAZIONE A DISTANZA: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per il perfezionamento del contratto e la trasmissione delle comunicazioni ad esso inerenti.

La Compagnia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

I dati contenuti nella Nota Informativa sono stati aggiornati in data 01.01.2017.

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

Il Rappresentante Legale
Maurizio Taglietti



Condizioni di Assicurazione

A. Condizioni Generali di Assicurazione

ART. 1 - BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dalla Compagnia in base alle dichiarazioni effettuate dal Contraente, per se stesso e per i propri famigliari, della cui veridicità si assume la responsabilità.

AVVERTENZA

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese e necessarie per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

ART. 2 - MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO PER L'ASSICURATO – DECORRENZA

Il Contratto viene concluso con modalità di collocamento a distanza tramite Home Banking.

Terminata positivamente la fase della preventivazione, il Contraente potrà ricevere dalla Compagnia la documentazione precontrattuale e contrattuale comprensiva del Certificato di Assicurazione secondo i modi ed entro i termini previsti dal Regolamento Isvap n. 34/2010. Su richiesta del Contraente, la documentazione potrà essere inviata su supporto cartaceo o altro supporto durevole.

Il Contraente è tenuto a firmare e rinviare alla Compagnia il Certificato di Assicurazione. Il contratto si intenderà comunque perfezionato anche qualora il Contraente non rinviasse il documento debitamente firmato.

Il contratto decorre dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza indicato nel Certificato di Assicurazione.

Il primo mese di assicurazione è gratuito.

ART. 3 - DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La durata della Polizza, a partire dalla data di conclusione del contratto, è illimitata, fermi restando i limiti di età previsti dall'Art. 23. Tale durata è suddivisa in periodi di assicurazione ricorrenti determinati in base alla frequenza di pagamento del premio di assicurazione pagato in via anticipata dal Contraente, e può essere interrotta:

- dal Contraente ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione, restando inteso che la Polizza resterà attiva per il periodo per il quale è stato già corrisposto il premio;
- dalla Compagnia almeno 30 giorni prima di ogni ricorrenza annuale successiva alla data di conclusione del contratto.

L'assicurazione cessa alla prima ricorrenza di premio successiva alla data del sinistro mortale. In tal caso, non saranno richiesti i premi successivi riferibili all'annualità di polizza in corso al momento del verificarsi del sinistro. Qualora i premi indicati siano stati versati o erroneamente addebitati, la Compagnia si impegna a restituirli al lordo delle imposte.

ART. 4 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI

Qualora alla scadenza della rata il saldo del conto corrente non fosse sufficiente a coprire la rata di premio dovuta, la Banca Popolare di Milano S.p.A. provvederà ad effettuare due ulteriori tentativi di prelievo a distanza di 7 giorni ciascuno. Ove anche il terzo tentativo di prelievo non andasse a buon fine, il pagamento potrà avvenire solo previa richiesta scritta da parte del Contraente che avrà cura di inviare detta richiesta scritta alla Compagnia, ferme le successive scadenze (art.1901 Codice Civile).

Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

ART. 5 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha diritto di recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di conclusione del medesimo, inviando alla Compagnia MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Andrea Vesalio, 6 – 00161 Roma una lettera raccomandata A.R. oppure comunicando la propria volontà al numero verde **800.478.300**. In tal caso, sarà restituito all'Assicurato il premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte di Legge.

Il Contraente potrà altresì recedere dal presente contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione, inviando la relativa richiesta almeno 60 giorni prima della suddetta ricorrenza alla Compagnia MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia – Via Andrea Vesalio, 6 – 00161 Roma, una lettera raccomandata A.R., oppure comunicando la propria volontà al numero verde **800.478.300**.

Il tal caso, i premi versati e maturati relativamente a periodi di assicurazione già conclusi o in corso al momento della richiesta di recesso dal contratto resteranno acquisiti dalla Compagnia.

In caso di risoluzione del contratto per fatto del Contraente, questi dovrà corrispondere alla Compagnia, oltre alle rate di premio giunte a scadenza e rimaste insoddisfatte, il premio relativo al periodo di assicurazione in corso, sino al momento in cui si è verificata la causa che ha dato motivo alla risoluzione.

ART. 6 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

Ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, al momento della sottoscrizione del Certificato di Assicurazione, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato di cose, sono causa di annullamento del contratto ove l'Assicurato abbia agito con dolo o colpa grave, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1892 del Codice.

Se l'Assicurato ha agito senza dolo o colpa grave, la Compagnia potrà esercitare il diritto di recesso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1893 del Codice Civile.

Il contratto di assicurazione è nullo, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1895 del Codice Civile, quando il rischio assicurato non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima della conclusione del contratto.

ART. 7 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Non sono considerate causa di aggravamento del rischio le variazioni della professione degli Assicurati.

Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi dell'Art. 24 delle Condizioni di Assicurazione ed è da considerarsi immediatamente sospesa qualora le condizioni di non assicurabilità siano presenti al momento della sottoscrizione o insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

ART. 8 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

La disciplina di cui all'art. 1897 del Codice civile, in materia di diminuzione del rischio, non trova applicazione con riferimento al presente Contratto, trattandosi di contratto assicurativo a premio e somme assicurate costanti per l'intera durata.

ART. 9 - ONERI FISCALI

Sono a carico del Contraente tutte le imposte, tasse e gli altri oneri presenti e futuri dipendenti per legge dal Contratto.

ART. 10 - LIMITI TERRITORIALI

Il contratto assicura la copertura in relazione agli eventi verificatisi in qualsiasi località del mondo.

Resta convenuto che l'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato indicato nel Certificato di Assicurazione e dei componenti del nucleo familiare presenti nello Stato di Famiglia, **purché residenti nel territorio della Repubblica Italiana.**

ART. 11 - RECLAMI

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 qui di seguito indicati: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it.

L'Assicuratore gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, nei seguenti casi:

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, 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 rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, secondo le modalità di seguito indicate e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore

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.

Resta comunque salva la facoltà di ricorrere all'istituto della mediazione, come disciplinato dalla Legge n. 98/2013 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

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.

ART. 12 – RICHIESTE 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 seguente Numero Verde 800.478.300. 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. 13 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 comma 1 del Codice civile il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalla singole scadenze. Ai sensi del comma 2, gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

ART. 14 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è esclusivamente competente, a scelta dell'Assicurato o degli aventi diritto, l'Autorità Giudiziaria del loro luogo di residenza o di domicilio.

ART. 15 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Fatto salvo quanto previsto agli **Artt. 5, 11, 12** delle Condizioni di Assicurazione tutte le comunicazioni previste dal contratto e dalla Legge, perché siano valide, devono essere fatte con lettera Raccomandata A.R. alla sede della Compagnia MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma o al Contraente. Per la determinazione della data di invio, fa fede il timbro postale dell'ufficio dal quale la lettera raccomandata è stata spedita.

Qualora il Contraente volesse, in fase di sottoscrizione della polizza, designare beneficiari differenti da quelli legittimi e/o testamentari, potrà elencarli nel modulo di sottoscrizione on-line attraverso l'opzione "Altri beneficiari".

ART. 16 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a consegnare al Contraente un'apposita appendice integrativa, nel caso in cui si renda necessario aggiornare le informazioni contenute nel Fascicolo Informativo o nel Certificato di Assicurazione.

La Compagnia comunica per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche dovute a modifiche delle norme di interesse, successive alla conclusione del contratto.

La Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo, non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

ART. 17 - PROVA DEL CONTRATTO E RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

I rapporti contrattuali sono determinati esclusivamente dal presente Contratto e relative Appendici. Per tutto quanto non è regolato dal contratto valgono le vigenti disposizioni di Legge.

ART. 18 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI INFORTUNI

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona più di una Polizza "Wecare Protezione per me" e "Wecare Protezione per noi". Qualora tale eventualità dovesse verificarsi la Compagnia considererà valida esclusivamente la polizza sottoscritta con la data di decorrenza più remota.

Su richiesta del Contraente, la Compagnia restituirà, al netto delle imposte, i premi incassati in relazione alle altre polizze stipulate indebitamente.

La disposizione indicata nel secondo comma dell'articolo non si applica nel caso in cui l'Assicurato dovesse risultare coperto per il medesimo rischio nella condizione di aderente ad una polizza collettiva.

ART. 19 - DESIGNAZIONE DEI BENEFICIARI

In mancanza di valido testamento saranno considerati beneficiari gli aventi diritto ai sensi delle disposizioni di Legge applicabili in materia di successione legittima, salvo diversa designazione dell'Assicurato da far pervenire alla Compagnia in forma scritta, secondo quanto previsto dall'Art. 15 delle Condizioni di Assicurazione.

ART. 20 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Compagnia 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.

B. Condizioni particolari dell'assicurazione infortuni

ART. 21 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

È considerato infortunio l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente o il ricovero in Istituto di Cura pubblico o privato.

L'assicurazione vale per gli infortuni che l'Assicurato subisca nello svolgimento:

- delle attività professionali principali e secondarie;
- 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 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 non regolare di traffico civile. **Sono comunque esclusi i viaggi aerei effettuati su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, su aeromobili di aeroclubs, su apparecchi per il volo da dipor to o sportivo;**
- 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 colpiscano 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;
- le lesioni determinate da sforzi, esclusi gli infarti;
- le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che qualora l'ernia risulti operabile non verrà riconosciuto alcun indennizzo e che qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di invalidità permanente accertato, con il limite massimo del 10% dell'Invalidità Permanente totale. In caso di contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa al Collegio Medico secondo la procedura prevista all'Art. 35.

ART. 22 - MODALITÀ ASSUNTIVE

Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi degli Artt. 23 e 24 ed è da considerare immediatamente sospesa qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

La ripartizione delle somme assicurate previste non considererà le persone non assicurabili, ancorché presenti nello Stato di Famiglia.

ART. 23 - LIMITI DI ETÀ

Al momento dell'adesione al contratto, l'Assicurato deve avere una età compresa tra 18 e 74 anni.

I figli sono assicurabili fino al 26° anno di età; in mancanza di tali requisiti essi si intendono automaticamente esclusi dalla copertura.

Il limite massimo di età assicurabile è pari a 75 anni.

Poiché la Compagnia al momento della sottoscrizione del contratto non acquisisce i nominativi e le date di nascita dei componenti del nucleo familiare, per le persone già assicurate il contratto cessa alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età, senza obbligo per la Compagnia di comunicare la sopravvenuta cessazione della copertura. Resta fermo che la Compagnia non è tenuta a liquidare i sinistri verificatisi successivamente al compimento del 75° anno e che la ripartizione delle somme assicurate previste non considererà le persone non più assicurabili, ancorché presenti nello Stato di Famiglia.

ART. 24 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone che:

- siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- siano portatrici di invalidità permanente già accertata pari o superiore ai 2/3 della capacità generica, riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico.

ART. 25 - ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni causati da:

- guida e uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni e nelle relative prove;
- collaudo di mezzi di trasporto in genere e guida dei medesimi qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione o in stato di ubriachezza;
- guida e uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione subacquei;
- partecipazione a competizioni - o relative prove e/o allenamenti - svolte sotto l'egida delle Federazioni sportive competenti o comunque remunerative o a carattere professionistico;
- abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- suicidio o tentato suicidio;
- guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche, maremoti;
- atti di terrorismo perpetrati tramite l'utilizzo di sostanze chimiche, biologiche o tramite l'utilizzo dell'energia nucleare;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, etc.);
- infarto;
- servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- lo svolgimento delle attività di pugilato, atletica pesante, alpinismo, speleologia, paracadutismo e sports aerei in genere, sci acrobatico, football americano e rugby, anche se effettuate per professione.

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

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

Sono altresì esclusi i viaggi aerei effettuati:

- su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
- su aeromobili di aeroclubs;
- su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

c. Garanzie infortuni

ART. 26 - DETERMINAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE E LORO RIPARTIZIONE

Il premio e le somme assicurate sono costanti per tutta la durata contrattuale e non sono soggette ad alcun adeguamento.

Morte	Invaldità permanente	Diaria da ricovero
€ 120.000,00	€ 120.000,00	€ 60,00

Ai fini della determinazione della somma assicurata in caso di sinistro, la Compagnia procederà come segue: qualora nel nucleo familiare del Contraente, desumibile dallo Stato di Famiglia al momento del sinistro, risultino altri componenti della famiglia assicurabili così come definito dagli **Artt. 23, 24 e 25**, la somma complessivamente assicurata per il caso Morte ed Invalidità Permanente sarà convenzionalmente suddivisa in parti uguali tra gli Assicurati. La ripartizione delle somme assicurate previste nel presente articolo non considererà le persone non assicurabili ancorchè presenti nello Stato di Famiglia.

Resta inteso che, indipendentemente dal numero delle persone assicurate al momento del sinistro, il minimo capitale garantito per persona non potrà essere inferiore al 33% della somma assicurata per l'intero nucleo, salvo quanto previsto all'Art. 34.

Tale ripartizione non trova applicazione per la garanzia prevista all'Art. 31.

ART. 27 - INDENNIZZO IN CASO DI MORTE

Qualora l'Assicurato subisca un infortunio indennizzabile ai sensi della presente Polizza e, **a seguito dell'infortunio ed entro due anni dalla data in cui si è verificato**, deceda, la Compagnia ripartirà tra i Beneficiari l'indennizzo garantito secondo l'Art. 26 che precede.

Qualora il medesimo infortunio, fino a due anni dal giorno dell'evento, provochi la morte dell'Assicurato e del suo coniuge non legalmente separato l'Assicuratore liquiderà a favore dei figli fiscalmente a carico, in concorso paritetico tra loro, presenti nello stato di famiglia al momento del sinistro, un ulteriore importo onnicomprensivo e forfetario che dovrà intendersi in aggiunta alla somma liquidata per il caso di morte per infortunio.

L'indennizzo garantito riportato nel Certificato di Assicurazione si intende ripartito per il numero dei componenti del nucleo familiare con un minimo del 33%.

ART. 28 - MORTE PRESUNTA

Qualora a seguito di infortunio indennizzabile a termini di polizza il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, la Compagnia liquiderà il capitale previsto per il caso di morte ai beneficiari così come disciplinato dai precedenti **Artt. 19 e 26**.

La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi sei mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli Artt. 60 e seguenti del Codice Civile.

Nel caso in cui, successivamente alla liquidazione, risulti che la morte non si sia verificata o che comunque non sia dipesa da infortunio indennizzabile, la Compagnia avrà diritto alla restituzione dell'intera somma liquidata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità eventualmente subita o residua, senza che possano, da parte della Compagnia, essere invocati eventuali termini di prescrizione che decorreranno da quel momento.

L'indennizzo garantito riportato nel Certificato di Assicurazione si intende ripartito per il numero dei componenti del nucleo familiare con un minimo del 33%.

ART. 29 - INVALIDITÀ PERMANENTE

Se l'infortunio ha per conseguenza una Invalidità Permanente e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro due anni dal giorno in cui l'infortunio è avvenuto, la Compagnia liquida, per tale titolo, l'indennità calcolandola sulla somma assicurata, secondo le modalità previste dal successivo **Art. 30**.

L'Invalidità Permanente va accertata facendo riferimento ai valori riportati per le specifiche menomazioni nella tabella INAIL di cui all'allegato 1 del D.P.R. 1124 del 30.06.1965.

La perdita totale ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali sopra indicate vengono ridotte in proporzione alla funzionalità perduta.

La perdita totale, anatomica o funzionale, di più organi o arti comporta l'applicazione di una percentuale d'invalidità pari alla somma delle singole percentuali dovute per ciascuna lesione, fino al limite massimo del 100%.

Nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso.

Per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale.

In caso di perdita anatomica o riduzione funzionale di un organo o di un arto già minorato, le percentuali sopraindicate sono diminuite tenendo conto del grado di invalidità preesistente.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella INAIL sopra citata, l'indennità è stabilita tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi elencati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione. Per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

L'indennizzo garantito riportato nel Certificato di Assicurazione si intende ripartito per il numero dei componenti del nucleo familiare con un minimo del 33%.

ART. 30 - LIQUIDAZIONE DELL'INVALIDITÀ PERMANENTE

Fermo quanto previsto all'Art. 29 che precede, la liquidazione dell'indennizzo dovuto per invalidità permanente viene determinata come segue. Se l'invalidità permanente risulta:

- **pari o inferiore al 3% della totale, non verrà riconosciuto alcun indennizzo per invalidità permanente (franchigia);**
- superiore al 3% e fino al 10% della totale, l'indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente la franchigia sopra indicata;
- superiore al 10% e fino al 50% della totale, l'indennizzo verrà liquidato senza l'applicazione della franchigia sopra indicata;
- superiore al 50% e fino al 75% della totale, l'indennizzo verrà liquidato nella misura del 100% della somma assicurata;
- superiore al 75% della totale, l'indennizzo verrà liquidato nella misura del 150% della somma assicurata.

ART. 31 - DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Qualora in conseguenza di un evento indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura pubblico o privato, la Compagnia corrisponde la diaria garantita, per ciascun giorno di degenza completa di pernottamento, **con il limite massimo di 365 giorni per evento**, indipendentemente dal numero degli assicurati.

La diaria di cui sopra viene corrisposta dietro presentazione di copia conforme della cartella clinica, completa di dichiarazione dell'Istituto di Cura attestante la causa e la durata del ricovero. Qualora la degenza sia inferiore o pari a 7 giorni lavorativi la cartella clinica potrà essere sostituita dall'originale del certificato di dimissioni nel quale si evidenzia che il ricovero è dovuto a infortunio, le conse-

guenze subite, la data di ingresso e la data di dimissione.

Ai fini del computo della diaria non potrà tenersi conto del giorno di entrata e di uscita dall'Istituto di Cura.

Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in day hospital.

L'indennizzo garantito si intende al 100% per ciascuna persona assicurata, in quanto per questa specifica garanzia non trova applicazione quanto disposto all'Art. 26.

D. Norme relative ai sinistri

ART. 32 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile, la denuncia dell'infortunio, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, corredata di certificato medico di pronto soccorso, deve essere fatta per iscritto entro 60 giorni dall'infortunio o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, utilizzando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro predisposto dalla Compagnia.

Successivamente l'Assicurato deve inviare certificati medici sul decorso delle lesioni. Quando l'infortunio abbia cagionato la morte dell'Assicurato o quando questa sopravvenga durante il periodo di cura, deve esserne dato immediato avviso alla Compagnia..

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato o aventi diritto devono acconsentire a qualsiasi indagine che la Compagnia ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

ART. 33 - CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Compagnia corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive dell'infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti o sopravvenute; pertanto l'influenza che l'infortunio possa aver esercitato su tali condizioni, come pure il pregiudizio che esse possano portare all'esito delle lesioni prodotte dall'infortunio, sono conseguenze indirette e come tali non indennizzabili.

Parimenti, nei casi di preesistente mutilazione o difetto fisico, l'indennizzo per invalidità permanente è liquidato per le sole conseguenze dirette cagionate dall'infortunio come se esso avesse colpito una persona fisicamente integra, senza riguardo al maggior pregiudizio derivante dalle condizioni preesistenti.

Se dopo il pagamento di un indennizzo per invalidità permanente l'Assicurato muore entro due anni dal giorno dell'infortunio ed in conseguenza di questo, la Compagnia corrisponde al Beneficiario dell'Assicurato, la differenza tra l'indennizzo pagato e quello assicurato per il caso di morte, ove questo sia superiore, e non chiede il rimborso nel caso contrario. Il diritto all'indennizzo per invalidità permanente è di carattere personale e quindi non trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore per causa indipendente dall'infortunio dopo che l'indennizzo sia stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Compagnia paga agli eredi l'importo liquidato od offerto secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

ART. 34 - CUMULO DI INDENNIZZI - CATASTROFALE

Nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone che hanno stipulato la polizza infortuni "Wecare Protezione per noi", la somma degli indennizzi complessivi a carico della Compagnia non potrà in nessun caso eccedere € 2.000.000.

Qualora gli indennizzi liquidabili ai sensi di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti in relazione al numero delle teste colpite da sinistro e in proporzione ai rispettivi capitali assicurati, con il minimo del 20% della somma assicurata.

ART. 35 - COLLEGIO MEDICO

Fatta salva la facoltà dell'Assicurato di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, in caso di controversie mediche sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità da corrispondere all'Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti, 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 di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. 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.

E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'indennizzabilità dell'evento ad epoca da definirsi dal Collegio stesso; nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

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. 36 - DIRITTO DI RECESSO A SEGUITO DI SINISTRO

Dopo ogni sinistro, denunciato a termini di polizza, e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, il Contraente e la Compagnia potranno recedere dal contratto dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata.

Il recesso da parte del Contraente ha effetto dalla data di invio della comunicazione; il recesso da parte della Compagnia ha effetto trascorsi 60 giorni dalla data di invio della comunicazione.

La Compagnia, entro 60 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso.

I dati contenuti nelle Condizioni di Assicurazione sono stati aggiornati in data 01.01.2017.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D. LGS. N. 196/2003)

Gentile Cliente, nel rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito il "Codice"), desideriamo informarla che i dati personali da noi trattati 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, in base alla vigente normativa, deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa.

Trattiamo, inoltre, i dati personali successivamente acquisiti nel corso del rapporto con lei instaurato.

Tutte le informazioni di cui sopra verranno trattate da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito "MetLife" o "Società"), in qualità di titolare del trattamento, al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.

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). Ai sensi della normativa vigente 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 (art. 4 co. 1 lett. D) D.Lgs. 196/2003).

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, 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 dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni. 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. La invitiamo, pertanto, a prestare alla Nostra Società, attraverso modalità tradizionali o automatizzate, il consenso al trattamento dei suoi dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte nonché al loro trasferimento verso paesi non appartenenti alla UE, ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

La informiamo inoltre che, se interessato e qualora previsto, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per l'invio di materiale pubblicitario/promozionale, di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale (finalità di c.d. marketing diretto), sia attraverso modalità automatizzate di contatto (es. email, fax, sms), che attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, commi 1 e 2 del D.Lgs. 196/03. Il consenso eventualmente espresso si riferisce a entrambe tali modalità di comunicazione ma in ogni momento potrà precisare che il consenso va riferito ad uno solo di tali strumenti di contatto.

La prestazione del consenso per tali finalità è facoltativo ma utile per rimanere aggiornato su nuovi prodotti e servizi assicurativi.

Con il suo consenso espresso potremo inoltre utilizzare i suoi dati per analizzare le sue esigenze ed i suoi interessi e per farla partecipare a sondaggi e ricerche di mercato.

Resta inteso che in ogni momento potrà consultare i suoi dati, ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione e la cancellazione. Potrà, altresì, opporsi al loro trattamento per finalità di marketing diretto, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere, successivamente, una diversa preferenza sulle modalità adoperate per contattarla (art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003), inviando una comunicazione a MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@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 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.

Certificato di Assicurazione

Wecare Protezione per noi

POLIZZA

Numero di polizza _____

DATI DEL CONTRAENTE

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita	Comune di nascita (o Stato estero)		Professione	
Indirizzo			CAP	Città	Prov.
N. di telefono		Cellulare		E-mail	

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Garanzia: Prestazione in caso di infortunio dell'assicurato

Premio: € 27,00

Capitali assicurati: **Morte** € 120.000,00 per nucleo; **Invalità permanente** € 120.000,00 per nucleo; **Diaria da ricovero** € 60,00 per persona

Decorrenza: dalle ore 24 del _____ Data di scadenza: _____ Frazionamento: mensile

BENEFICIARI

- ☐ Eredi legittimi e/o testamentari
- ☐ Altri - vedi Appendice di designazione beneficiari

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle necessità di leggere attentamente le Condizioni di Assicurazioni con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti all'indennizzo, gli obblighi in caso di sinistro.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato, anche per conto dei componenti del proprio nucleo familiare, per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

L'Assicurato ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto.

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima dell'adesione, della documentazione precontrattuale nonché del Fascicolo Informativo Mod. WPNFN06 Ed. 01/2017 contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti all'indennizzo e gli obblighi in caso di sinistro.

Luogo	Data	Firma
-------	------	-------

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato conferma, sotto la propria responsabilità:

- di aver aderito tramite home banking al prodotto assicurativo;
- di aver autorizzato Webank a conservare su supporto durevole l'adesione al contratto;
- di aver fornito a Webank le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del contratto prima dell'adesione tramite web;
- di aver scelto per la trasmissione della documentazione la modalità via ☐ e-mail ☐ posta;
- di essere informato che non potrà sottoscrivere più di una polizza "Wecare Protezione per noi";
- di aver autorizzato Webank ad addebitare l'importo del premio secondo le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione;
- di non aver avuto sinistri per infortuni negli ultimi 3 anni.

Luogo	Data	Firma
-------	------	-------

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato conferma di aver fornito a MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, ai sensi della normativa sulla privacy (D.Lgs. 196/2003).

Luogo	Data	Firma
-------	------	-------

Il Contraente

MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale