

MetLife Europe Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Condizioni di assicurazione relative alla Convenzione assicurativa n. AH/12/04 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia.

Avvertenza: l'Assicuratore si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente documento, 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.

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/01/2014.**

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Aderente: la persona fisica che aderisce al Programma Assicurativo e corrisponde il Premio.

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 poliuretanica.

Assicurato: l'Aderente con riferimento al Piano di Garanzie Individuo; il Nucleo Familiare con riferimento al Piano di Garanzie Famiglia.

Assicuratore: MetLife Europe Limited con Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe Limited 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.

Broker: Brokeronline S.r.l. con Sede Legale in Via Alberto da Giussano n. 16, 20145 Milano (MI) iscritto alla Sezione B del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. B000141525, in data 16/04/2007.

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.

Contraente: Deutsche Bank S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Piazza del Calendario n. 3, 20126 Milano (MI), iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000027178, in data 01/02/2007.

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.

Franchigia: la parte del danno che in caso di Sinistro indennizzabile rimane a carico dell'Assicurato.

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.

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

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

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

Malattia cronica: malattia ad andamento prolungato con scarsa tendenza alla guarigione.

Malattia improvvisa: malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

Malattia preesistente: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti che siano note e/o diagnosticate all'Assicurato alla data di adesione al Programma Assicurativo.

Modulo di adesione al Programma Assicurativo: il documento sottoscritto dall'Aderente che prova l'adesione al Programma Assicurativo.

Nomenclatore: l'elenco degli interventi chirurgici classificati per tipologia e suddivisi per Classi di indennizzo Mod. MI ed. 01.09.2011.

Nucleo familiare: comprende le persone fisiche di seguito indicate:

- l'Aderente;
- il coniuge dell'Aderente non divorziato o separato legalmente, **a condizione che sia presente nello stato di famiglia** (o il convivente more uxorio, **a condizione che sia stabilmente convivente con l'Aderente nella stessa residenza**);
- i figli dell'Aderente, compresi quelli naturali legalmente riconosciuti ed i minori legalmente affidati od adottati, **a condizione che siano presenti nello stato di famiglia**.

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 dell'Assicurato in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

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.

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Aderente.

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dall'Assicuratore comprende i seguenti Pacchetti di Garanzie:

▪ INFORTUNI

- a) **Decesso a seguito di Infortunio;**
- b) **Invalidità Permanente a seguito di Infortunio;**

▪ INDENNITARIE

- c) **Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa;**
- d) **Diaria da gesso a seguito di Infortunio.**

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma **l'Invalidità Permanente deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.**

L'Aderente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha facoltà di scegliere tra 2 distinti Piani di Garanzie:

- **Piano di Garanzie Individuo:** le garanzie operano a favore dell'Aderente;
- **Piano di Garanzie Famiglia:** le garanzie operano a favore del Nucleo Familiare.

Con riferimento alle garanzie prestate a seguito di Infortunio, 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 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 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;**
- 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.

- 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;
 - 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 all'Arbitrato secondo la procedura prevista all'art. 15 delle Condizioni di assicurazione.

ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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 muniti di Codice Fiscale;
- b) abbiano un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti con riferimento all'Aderente ed al coniuge (o al convivente more uxorio) dell'Aderente e tra 2 e 71 anni non compiuti con riferimento ai figli dell'Aderente.

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.) sindromi organico cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici, siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica riconosciuta dall' INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. Qualora le condizioni di non assicurabilità dovessero insorgere successivamente alla data di perfezionamento del 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 e continua ad operare, fino alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo premio, con riferimento agli altri componenti del Nucleo familiare.

Modalità di perfezionamento del contratto: si richiede la sottoscrizione della clausola di adesione riportata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Il contratto si perfeziona con la sottoscrizione della predetta clausola da parte dell'Aderente.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 della data di perfezionamento del contratto (così come descritta all'art. 3) a condizione che il Premio corrispondente risulti pagato.

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. 3, il Premio corrispondente risulti pagato e la Convenzione assicurativa stipulata tra la Contraente e l'Assicuratore sia in vigore, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 5.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- a) in caso vengano meno i requisiti di cui all'art. 3 lett. a);
- b) alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo premio immediatamente successiva al compimento del 71° anno di età;
- c) in caso di Decesso;
- d) in caso di Invalidità Permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico;
- e) in caso di esercizio del diritto di recesso o disdetta.

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

ART. 5 – RECESSO

5.1 Recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 30 giorni dalla data di perfezionamento del contratto (così come descritta all'art. 3) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore presso il Broker scrivendo a BROKERONLINE SERVIZI ASSICURATIVI DB, CASELLA POSTALE 178, 26100 CREMONA, oppure all'indirizzo e-mail: helplinedb@brokeronline.it**. In tal caso l'Assicuratore, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente il Premio eventualmente 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. **Per informazioni ed assistenza sulle modalità di esercizio del diritto di recesso è possibile contattare l'Assicuratore presso il Broker scrivendo ai recapiti sopra indicati oppure al numero telefonico 848.78.13.13 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00.**

Con riferimento alle garanzie prestate a seguito di Infortunio, dopo ogni Sinistro denunciato a termini di polizza, l'Aderente 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 recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione. In tal caso l'Assicuratore, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente 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.

5.2 Disdetta

L'Aderente 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.**

ART. 6 – DETERMINAZIONE E RIPARTIZIONE DELLA SOMMA ASSICURATA

L'Aderente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha facoltà di scegliere tra 5 distinti Piani Assicurativi (A, B, C, D ed E) cui corrispondono differenti somme assicurate. La scelta è indipendente per ciascun Pacchetto di Garanzie. Di conseguenza l'Aderente potrà scegliere ad esempio il Piano Assicurativo A con riferimento alle garanzie Infortuni ed il Piano Assicurativo C con riferimento alle garanzie Indennitarie.

Con riferimento alle garanzie Decesso a seguito di Infortunio ed Invalidità Permanente a seguito di Infortunio, in caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia, la somma assicurata va suddivisa in parti uguali tra i componenti del Nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, con il minimo del 33%. Eventuali componenti del Nucleo familiare non assicurabili non saranno computati per la ripartizione della somma assicurata.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

a) Decesso a seguito di Infortunio (D)

In caso di D dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde agli aventi diritto un Indennizzo pari alla somma assicurata relativa al Piano Assicurativo prescelto dall'Aderente. **In caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia, la somma assicurata va suddivisa in parti uguali tra i componenti del Nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, con il minimo del 33%. Eventuali componenti del Nucleo familiare non assicurabili non saranno computati per la ripartizione della somma assicurata.**

Piano Assicurativo	A	B	C	D	E
Somma assicurata	€ 60.000,00	€ 90.000,00	€ 120.000,00	€ 150.000,00	€ 180.000,00

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia D. Considerata una somma assicurata pari a € 60.000,00, in caso di D dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 60.000,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo e di € 20.000,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia e Nucleo familiare composto da 4 persone.

Qualora a seguito di Infortunio il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore corrisponde agli aventi diritto la somma assicurata relativa al Piano Assicurativo prescelto dall'Aderente. La liquidazione non avverrà prima che siano trascorsi 6 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, dovesse risultare che il decesso non si sia verificato o che comunque non sia dipeso da Infortunio indennizzabile a termini di polizza, l'Assicuratore avrà diritto alla restituzione della somma liquidata. A restituzione avvenuta, l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'Invalidità Permanente eventualmente subita o residua, senza che possano essere invocati dall'Assicuratore eventuali termini di Prescrizione che decorreranno da quel momento.

b) Invalidità Permanente a seguito di Infortunio (IP)

In caso di IP dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde al medesimo un Indennizzo calcolato sulla base della somma assicurata relativa al Piano Assicurativo prescelto dall'Aderente, in proporzione al grado di IP accertato secondo le percentuali previste dalla tabella INAIL di cui all'allegato n. 1 del DPR n. 1124/1965. **In caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia, la somma assicurata va suddivisa in parti uguali tra i componenti del Nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, con il minimo del 33%. Eventuali componenti del Nucleo familiare non assicurabili non saranno computati per la ripartizione della somma assicurata.**

Piano Assicurativo	A	B	C	D	E
Somma assicurata	€ 60.000,00	€ 90.000,00	€ 120.000,00	€ 150.000,00	€ 180.000,00

IP fino al 3%: nessun Indennizzo viene corrisposto;

IP superiore al 3% e fino al 10%: l'Indennizzo è corrisposto con una Franchigia del 3%;

IP superiore al 10% e fino al 50%: l'Indennizzo è corrisposto senza applicazione di Franchigia;

IP superiore al 50% e fino al 75%: l'Indennizzo è corrisposto nella misura del 100% della somma assicurata;

IP superiore al 75%: l'Indennizzo è corrisposto nella misura del 150% della somma assicurata.

Resta inteso che nella valutazione della IP relativa ad Assicurati con età inferiore a 18 anni al momento del Sinistro, ai fini dell'eventuale liquidazione dell'Indennizzo, si terrà conto del 70% delle percentuali riportate nella predetta tabella.

Se l'Infortunio ha per conseguenza una IP e questa, anche se successiva alla scadenza del contratto, si verifica entro 2 anni dal giorno in cui l'Infortunio è avvenuto, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo calcolato sulla base della somma assicurata secondo le modalità previste al capoverso che precede.

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 di IP 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 IP 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 IP non specificati nella tabella INAIL sopra citata, l'Indennizzo è stabilito 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 IP tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia IP. Considerata una somma assicurata pari a € 60.000,00, la liquidazione dell'Indennizzo viene determinata come segue:

- non verrà riconosciuto alcun Indennizzo per IP inferiore o pari al 3% della totale (Franchigia).

Se invece l'IP risulta:

- superiore al 3% della totale e fino al 10% della totale, l'Indennizzo verrà liquidato solo per la parte eccedente la Franchigia sopra indicata; ad esempio qualora l'IP sia pari al 10%, verrà riconosciuto un Indennizzo di € 4.200,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo e di € 1.400,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia e Nucleo familiare composto da 4 persone;
- superiore al 10% della totale e fino al 50% della totale, l'Indennizzo verrà liquidato senza l'applicazione della Franchigia sopra indicata; ad esempio nel caso in cui l'IP sia pari al 30%, verrà riconosciuto un Indennizzo di € 18.000,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo e di € 6.000,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia e Nucleo familiare composto da 4 persone;
- superiore al 50% della totale e fino al 75% della totale, l'Indennizzo verrà liquidato nella misura del 100% della somma assicurata; ad esempio nel caso in cui l'IP sia pari al 55%, verrà riconosciuto un Indennizzo di € 60.000,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo e di € 20.000,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia e Nucleo familiare composto da 4 persone;
- superiore al 75% della totale, l'Indennizzo verrà liquidato nella misura del 150% della somma assicurata; ad esempio nel caso in cui l'IP sia pari al 76%, verrà riconosciuto un Indennizzo di € 90.000,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo e di € 30.000,00 nel caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia e Nucleo familiare composto da 4 persone.

c) Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa

In caso di Intervento chirurgico reso necessario da Infortunio o Malattia Improvvisa, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato un Indennizzo pari alla somma assicurata, in funzione del Piano Assicurativo prescelto dall'Aderente e della Classe di appartenenza dell'Intervento effettuato così come specificata nel Nomenclatore.

SOMMA ASSICURATA

CLASSE	PIANO ASSICURATIVO				
	A	B	C	D	E
1	€ 200,00	€ 400,00	€ 600,00	€ 800,00	€ 1.000,00
2	€ 300,00	€ 600,00	€ 900,00	€ 1.200,00	€ 1.500,00
3	€ 400,00	€ 800,00	€ 1.200,00	€ 1.600,00	€ 2.000,00
4	€ 1.000,00	€ 2.000,00	€ 3.000,00	€ 4.000,00	€ 5.000,00
5	€ 2.500,00	€ 5.000,00	€ 7.500,00	€ 10.000,00	€ 12.500,00
6	€ 4.000,00	€ 8.000,00	€ 12.000,00	€ 16.000,00	€ 20.000,00
7	€ 5.000,00	€ 10.000,00	€ 15.000,00	€ 20.000,00	€ 25.000,00

In caso di più Interventi chirurgici effettuati in costanza di Ricovero, l'Assicuratore corrisponde solo l'Indennizzo relativo all'Intervento di classe più elevata.

In caso di più Interventi chirurgici effettuati non in costanza di Ricovero entro il termine di 30 giorni, l'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo che risulti minore tra la somma degli Indennizzi dovuti per i singoli Interventi ed il 150% dell'Indennizzo previsto per l'Intervento di classe più elevata.

Il limite massimo di Indennizzo non potrà in ogni caso essere superiore a € 50.000,00 per anno, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa e dal numero degli Assicurati.

La prestazione è dovuta unicamente se l'Intervento chirurgico cui l'Assicurato è stato sottoposto:

- sia ricompreso tra quelli elencati nel Nomenclatore;
- sia stato effettuato dietro prescrizione medica;
- richieda la presenza di un medico anestesista durante l'atto operatorio;
- richieda un atto medico perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti;
- sia stato effettuato, in regime di Ricovero ordinario o Day hospital, in un Istituto di Cura regolarmente autorizzato al Ricovero in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità;
- venga effettuato in Italia o all'estero qualora l'Assicurato si trovi in viaggio fuori del paese per un massimo di 60 giorni.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa. Considerato un Intervento chirurgico in Classe 4 e Piano Assicurativo A, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato un Indennizzo pari a € 1.000,00.

d) Diaria da gesso a seguito di Infortunio

Qualora a seguito di Infortunio comportante una frattura, venga applicato all'Assicurato un Apparecchio gessato od un Tutore immobilizzante, l'Assicuratore corrisponde al medesimo un Indennizzo pari alla somma assicurata relativa al Piano Assicurativo prescelto dall'Aderente, per ogni giorno in cui l'Assicurato sia portatore di Apparecchio gessato o di Tutore immobilizzante, **fino ad un massimo di 30 giorni all'anno per ciascun Assicurato. La prestazione sarà corrisposta solo dietro presentazione dell'esame radiografico attestante la frattura e dei certificati medici attestanti l'avvenuta applicazione e rimozione del gesso o del Tutore immobilizzante.**

Piano Assicurativo	A	B	C	D	E
Somma assicurata	€ 30,00	€ 60,00	€ 90,00	€ 120,00	€ 150,00

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Diaria da gesso a seguito di Infortunio. Considerata una somma assicurata pari a € 30,00 ed il limite massimo di 30 giorni per anno, qualora venga applicato all'Assicurato un Apparecchio gessato per 40 giorni, l'Assicuratore corrisponde al medesimo un Indennizzo pari a € 90,00.

ART. 8 – LIMITAZIONI

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.

Carenza: non sono garantiti gli Interventi chirurgici conseguenti a Malattia Improvvisa, avvenuti durante i primi 90 giorni dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

Esclusioni

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- partecipazione a guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione (tale esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere anche tramite l'utilizzo di sostanze chimiche, biologiche o dell'energia nucleare;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ubriachezza accertata;
- suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- Infortuni o Malattie antecedenti alla data di adesione al Programma Assicurativo, siano esse dirette o indirette;
- guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione subacquei, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove o collaudi, uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e sport aerei in genere;
- pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport: paracadutismo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, guidoslitta, hockey a rotelle, hockey su ghiaccio, lotta nelle sue varie forme, motociclismo, motonautica, pugilato, rugby, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, speleologia, sport subacquei relativamente ad immersioni con autorespiratore;
- partecipazione in qualità di tesserato, sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive, a corse, gare e relativi allenamenti;
- pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria;
- infarto;
- servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.

Sono inoltre esclusi gli Interventi:

- di chirurgia plastica o estetica, anche quando conseguenza di Infortunio o Malattia;
- finalizzati alla fecondazione o infertilità, maternità, gravidanza, aborto;
- per la donazione di organi o tessuti;
- per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla data di adesione al Programma Assicurativo;
- di chirurgia refrattiva;
- di chirurgia dentale, anche quando conseguenza di Infortunio o Malattia;
- connessi a trattamenti di dialisi.

Patologie preesistenti

L'assicurazione non è operante per gli Interventi chirurgici riconducibili a Infortuni, Malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici preesistenti alla data di adesione al Programma Assicurativo, intendendosi per tali quelli per i quali l'Assicurato sia stato visitato e/o curato da un medico, abbia assunto terapia farmacologica o abbia eseguito accertamenti diagnostici.

ART. 9 – AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE

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

ART. 10 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è annuo o mensile ed è pari all'importo indicato nelle tabelle sotto riportate, in funzione del Piano di Garanzie e del Piano Assicurativo prescelti dall'Aderente. Il Premio viene pagato mediante addebito su conto corrente bancario aperto presso la Contraente e versato da quest'ultima all'Assicuratore in via anticipata.

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, se l'Aderente non paga il Premio o la prima rata di Premio il Programma Assicurativo resta sospeso sino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Aderente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute l'Aderente non paga le rate di Premio successive, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. L'Aderente 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 l'Aderente paga quanto è da lui dovuto senza efficacia retroattiva. Eventuali sinistri che si dovessero verificare durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno indennizzati dall'Assicuratore.

IMPORTO PREMIO ANNUO

GARANZIE INDIVIDUO	PIANO ASSICURATIVO				
	A	B	C	D	E
Infortunati	€ 174,00	€ 246,00	€ 324,00	€ 390,00	€ 462,00
Indennitarie	€ 174,00	€ 330,00	€ 468,00	€ 594,00	€ 696,00

GARANZIE FAMIGLIA	PIANO ASSICURATIVO				
	A	B	C	D	E
Infortunati	€ 174,00	€ 246,00	€ 324,00	€ 390,00	€ 462,00
Indennitarie	€ 330,00	€ 624,00	€ 888,00	€ 1.122,00	€ 1.320,00

IMPORTO PREMIO MENSILE

GARANZIE INDIVIDUO	PIANO ASSICURATIVO				
	A	B	C	D	E
Infortunati	€ 14,50	€ 20,50	€ 27,00	€ 32,50	€ 38,50
Indennitarie	€ 14,50	€ 27,50	€ 39,00	€ 49,50	€ 58,00

GARANZIE FAMIGLIA	PIANO ASSICURATIVO				
	A	B	C	D	E
Infortunati	€ 14,50	€ 20,50	€ 27,00	€ 32,50	€ 38,50
Indennitarie	€ 27,50	€ 52,00	€ 74,00	€ 93,50	€ 110,00

ART. 11 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro il Denunciante deve contattare nel più breve tempo possibile l'Assicuratore presso il Broker scrivendo a **BROKERONLINE SERVIZI ASSICURATIVI DB, CASELLA POSTALE 178, 26100 CREMONA**, oppure all'indirizzo email helplinedb@brokeronline.it. Per informazioni ed assistenza sulle modalità di denuncia del Sinistro è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure contattare il numero telefonico 848.78.13.13 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00. Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta utilizzando il modulo prestampato sotto riportato, a condizione che sia completo dei giustificativi elencati nel modulo medesimo. L'Assicuratore ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del Sinistro. L'Assicuratore si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza 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 di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda

ART. 12 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **MetLife Europe Limited 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'Impresa 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, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma - corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- 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;
- 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).

Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. 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 Limited al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 9138, College Green, 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/internalmarket/finances-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

ART. 13 – 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 **MetLife Europe Limited 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. 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. 14 – LEGGE APPLICABILE

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 15 – ARBITRATO / FORO COMPETENTE

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 Ordinaria. In tale ipotesi, il foro competente per territorio in via esclusiva è quello del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

ART. 16 – 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. 17 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

L'Aderente è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto all'Assicuratore dell'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona fisica più di 2 Programmi Assicurativi relativi alla medesima Convenzione assicurativa. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, l'Assicuratore considererà validi esclusivamente i Programmi Assicurativi sottoscritti con la data più remota e, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente i premi incassati al netto delle imposte in relazione ai Programmi Assicurativi stipulati indebitamente.

La presente disposizione non si applica nel caso in cui l'Assicurato dovesse risultare coperto per il medesimo rischio nella condizione di aderente ad una polizza collettiva stipulata da una persona giuridica.

ART. 18 – 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 SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Art. 13 D.lgs n. 196/2003)

Gentile Cliente, La informiamo che i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi¹, anche successivamente nel corso del rapporto con Lei instaurato, saranno utilizzati dalla Nostra Società, MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia (titolare del trattamento) al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti². A tali scopi Lei potrebbe fornire alla Nostra Società eventuali dati sensibili³ (come, ad esempio, le informazioni riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) 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). Il conferimento dei Suoi dati risulta pertanto necessario per il perseguimento delle suddette finalità. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirLe correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle Nostre strutture, solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate. Alcuni Suoi dati potranno essere comunicati a: (i) società del Nostro gruppo e a società di Nostra fiducia, che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento⁴, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto⁵. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile sul sito internet: www.metlife.it. Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A⁶ qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri. La invitiamo pertanto a rilasciare alla Nostra Società, con la sottoscrizione della clausola posta nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del Suo rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003) rivolgendosi a MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it.

¹ Come, ad esempio, 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.

² Stipulazione ed esecuzione di contratti di assicurazione, raccolta premi, liquidazione sinistri, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio a difesa dei diritti dell'assicuratore, adempimento degli specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

³ Per dato sensibile s'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 o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

⁴ In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

⁵ ANIA, IVASS, Central Bank of Ireland Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni.

⁶ Precisamente alla società di riassicurazione ed alla capogruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife), cui la Nostra società è tenuta a trasmettere un rapporto relativo ai sinistri di particolare entità.

DIARIA DA GESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO

- Certificato di pronto soccorso o analogo certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento;
- Esame radiografico in originale attestante la frattura;
- Certificati medici in originale attestanti l'applicazione e la rimozione del gesso o del Tutore immobilizzante.

In tutti i casi sarà necessario anche allegare:

- Stato di famiglia dell'Aderente al momento del sinistro in originale, nel caso in cui il sinistro riguardi il coniuge o il figlio assicurato dell'Aderente;
- Certificato di residenza del convivente more uxorio dell'Aderente al momento del sinistro in originale, nel caso in cui il sinistro riguardi il convivente more uxorio dell'Aderente.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle Condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (D.lgs. n. 196/2003) acconsente al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, da parte di MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

➡ Data (gg/mm/aa): Firma dell'Assicurato o, in caso di decesso, degli eredi (*leggibile*) _____

Da inviare a BROKERONLINE SERVIZI ASSICURATIVI DB, CASELLA POSTALE 178, 26100 CREMONA, oppure all'indirizzo email helplinedb@brokeronline.it