

MetLife Europe Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di assicurazione Infortuni

Convenzione assicurativa n. AH/15/101 “MetLife Infortunio Protetto” stipulata da Barclays Bank Plc con MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota informativa, comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di assicurazione**
- c) Modulo di adesione al Programma Assicurativo**

deve essere consegnato alla Contraente prima della sottoscrizione della Convenzione assicurativa.

Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia offre gratuitamente ai propri clienti, assicurati con la Convenzione assicurativa n. AH/15/101 “MetLife Infortunio Protetto”, le garanzie di assistenza elencate nella Polizza Collettiva n. 415439 stipulata con Inter Partner Assistance SA 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.

A) NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **30/06/2015**

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

La Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della Convenzione assicurativa.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

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

Ai sensi dell'art. 166 del Codice delle Assicurazioni e degli artt. 5 e 31 del Regolamento IVASS n. 35/2010 ("Regolamento Trasparenza") il presente Fascicolo informativo riporta in grassetto le clausole che prevedono rischi, oneri e obblighi a carico della Contraente e/o dell'Assicurato, Esclusioni, limitazioni e periodi di sospensione della garanzia, nullità, decadenze, nonché le informazioni qualificate come Avvertenze dal Regolamento Trasparenza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

MetLife Europe Limited è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda.

MetLife Europe Limited è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private).

Il Contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited 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.

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) ed soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto di MetLife Europe Limited alla data del 31 dicembre 2014 è pari a € 640.061.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 2.560.000,00 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 2.560.000 emesse, e conferimenti per € 451.335.000,00 al netto di utili non distribuiti per € 376.909.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe Limited, 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 230%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La durata del Contratto è pari al periodo intercorrente tra la data di decorrenza indicata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo ed il 5 febbraio seguente. Successivamente esso si intenderà tacitamente rinnovato per 12 mesi, e così di seguito.

Avvertenza: l'Assicurato e l'Assicuratore hanno diritto di disdire il Contratto, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, secondo i termini e le modalità indicate all'art. 6.2 delle Condizioni di assicurazione.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

La copertura assicurativa offerta dall'Assicuratore è di tipo modulare e prevede diverse combinazioni di garanzie a scelta dell'Assicurato.

Più precisamente, il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie base:

- a) **Decesso a seguito di Infortunio**
- b) **Invaldità Permanente a seguito di Infortunio**

Alle garanzie base possono essere abbinati le seguenti garanzie opzionali:

- c) Decesso a seguito di Infortunio stradale
- d) Diaria da Ricovero
- e) Diaria da Convalescenza post Ricovero
- f) Diaria da gesso
- g) Frattura ossea
- h) Inabilità Temporanea Totale al lavoro

Avvertenze:

- le garanzie operano esclusivamente a seguito di Infortunio;
- le garanzie sono valide senza limiti territoriali ad eccezione della garanzia h) che è valida solo sul territorio dello Stato Italiano; la garanzia b) inoltre deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- la garanzia e) può essere acquistata solo in abbinamento alla garanzia d);
- la garanzia f) non può essere acquistata in abbinamento alla garanzia g) e viceversa;
- la garanzia h) è riservata ai lavoratori autonomi e non può in alcun caso cumularsi con la garanzia e).

Si rinvia agli artt. 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole coperture.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti limitazioni ed esclusioni alle coperture assicurative ovvero condizioni di sospensione della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo e si rinvia agli artt. 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9 e 11 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti franchigie e massimali alle coperture assicurative e si rinvia agli artt. 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alle garanzie Infortuni oggetto del Programma Assicurativo:

a) Decesso

Considerata una Somma assicurata pari a € 50.000,00, in caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 50.000,00.

b) Invalidità Permanente

Considerata una Somma assicurata pari a € 50.000,00, la liquidazione dell'Indennizzo viene determinata come segue:

- IP inferiore o pari al 3% della totale: in Franchigia, pertanto non verrà riconosciuto alcun Indennizzo;
- IP superiore al 3% e fino al 10% della totale: l'Indennizzo verrà liquidato per la parte eccedente la Franchigia del 3%; ad esempio qualora l'IP sia pari al 10%, verrà riconosciuto un Indennizzo di € 3.500,00;
- IP superiore al 10% della totale: l'Indennizzo verrà liquidato senza l'applicazione della Franchigia; ad esempio nel caso in cui l'IP sia pari al 30%, verrà riconosciuto un Indennizzo di € 15.000,00.

c) Decesso a seguito di Infortunio stradale

Considerata una Somma assicurata pari a € 50.000,00, in caso di Decesso a seguito di Sinistro stradale dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 50.000,00.

d) Diaria da Ricovero

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 50,00 ed il limite massimo di 120 giorni per anno, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura per 130 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 6.000,00.

e) Diaria da Convalescenza post Ricovero – La presente garanzia può essere acquistata solo in abbinamento alla garanzia d)

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 25,00 ed il limite massimo di 30 giorni per anno, qualora sia prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 750,00.

f) Diaria da gesso – La presente garanzia non può essere acquistata in abbinamento alla garanzia g)

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 50,00 ed il limite massimo di 30 giorni per anno, qualora venga applicato all'Assicurato un Apparecchio gessato per 40 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 1.500,00.

g) Frattura ossea – La presente garanzia non può essere acquistata in abbinamento alla garanzia f)

Considerata una Somma assicurata pari a € 1.500,00 ed il limite massimo di € 3.000,00 per anno, in caso di 3 Infortuni occorsi all'Assicurato nel medesimo anno, comportanti una Frattura ossea tra quelle garantite, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari ad € 3.000,00.

h) Inabilità Temporanea Totale al lavoro – La presente garanzia è riservata ai lavoratori autonomi e non può in alcun caso cumularsi con la garanzia e)

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 50,00 ed il limite massimo di 365 giorni, qualora sia certificato un periodo di ITT pari a 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 18.250,00.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti limiti massimi di età assicurabile e si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Nullità

Avvertenza: si richiama l'attenzione sul fatto che, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le dichiarazioni false, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di perfezionamento del Contratto possono determinare l'annullamento del Programma Assicurativo, ovvero la perdita totale o parziale dell'Indennizzo da corrispondersi in relazione al Sinistro. Si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: si richiama l'attenzione sul fatto che il Contratto è nullo allorché il rischio assicurato non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima del perfezionamento del medesimo Contratto.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 4 e salvo il caso in cui, con riferimento alla garanzia Inabilità Temporanea al lavoro, l'Assicurato non dovesse più esercitare una professione di lavoro autonomo in corso di validità contrattuale.

6. Premi

Il Premio è annuo ed è frazionato su base mensile senza oneri a carico dell'Assicurato. Per il tramite della Contraente, il Premio viene addebitato sul conto corrente dall'Assicurato, a condizione che sul conto corrente da addebitare vi siano disponibilità sufficienti all'esecuzione dell'addebito. Alla data di decorrenza del Contratto, sarà addebitata la porzione di Premio mensile calcolata dalla data di decorrenza indicata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo al 5 del mese successivo. In seguito, sarà addebitata l'intera porzione di Premio mensile. Il Premio, così addebitato, viene versato dalla Contraente all'Assicuratore in via anticipata.

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

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 30 giorni dalla data di perfezionamento del Contratto a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, presso il Broker, scrivendo a GE.F.ASS S.r.l., Via Emanuele Filiberto n. 2, 14100 Asti, tel. 0141/437361, fax 0141/322218, e-mail: info@gefass.it**. In tal caso l'Assicuratore, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato 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.

Dopo ogni Sinistro, denunciato a termini di polizza, l'Assicurato e l'Assicuratore hanno diritto di recedere dal Programma Assicurativo dandone comunicazione all'altra parte, **entro 60 giorni dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata rispettivamente all'Assicuratore, presso il Broker, scrivendo a GE.F.ASS S.r.l., Via Emanuele Filiberto n. 2, 14100 Asti, tel. 0141/437361, fax 0141/322218, e-mail: info@gefass.it, oppure all'Assicurato stesso**. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione. In tal caso l'Assicuratore, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato 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.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

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.

10. Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

11. 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

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: si richiama l'attenzione sull'individuazione del momento di insorgenza del Sinistro, sulle modalità e sui termini per la denuncia del Sinistro, sulle spese per l'accertamento del danno e sulle ipotesi in cui è richiesta la visita medica. Si rinvia all'art. 12 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle procedure liquidative.

13. 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 della Compagnia, incaricata del loro esame, ai recapiti qui di

seguito indicati: **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.**

La Compagnia 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 dalla Compagnia.

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 Limited 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/internalmarket/finservices-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

14. Arbitrato

Avvertenza: qualora per la risoluzione di eventuali controversie le parti dovessero ricorrere in arbitrato, si rammenta che è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Glossario

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

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: la persona fisica correntista della Contraente, sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto, che abbia aderito al Programma Assicurativo e corrisposto il Premio.

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: Linea Broker S.r.l. con Sede Legale in Via Agostino Bertani n. 6, 20154 Milano, iscritta alla Sezione B del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. B000319003, in data 01/10/2009. Per lo svolgimento delle attività ad esso affidate il Broker potrà avvalersi della società GE.F.ASS. S.r.l. con Sede Legale in Via Bertani n. 6, 20154 Milano, iscritta alla sezione E del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. E000118930, in data 04/05/2007.

Contraente: Barclays Bank Plc, succursale italiana, con sede in Via della Moscova n. 18, 20121 Milano, iscritta nell'elenco annesso al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi istituito dall'IVASS ai sensi dell'art. 109 del d.lgs. n. 209/05 e dell'art. 33 del Regolamento n. 5 del 16 Ottobre 2006 e successive modifiche al n. UE00005222.

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dall'Assicurato con la Compagnia.

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

Day hospital: degenza diurna senza pernottamento.

Decorrenza del Programma Assicurativo: 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, espressa in cifra fissa o in percentuale, che in caso di Sinistro indennizzabile rimane a carico dell'Assicurato.

Frattura: 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 corporali obiettivamente constatabili.

Infortunio stradale: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili cagionato da veicoli o mezzi meccanici - esclusi quelli ferroviari - in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero.

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

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

Lavoratore autonomo: colui che si obbliga a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

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

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

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

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

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

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 prescelte dall'Assicurato.

Ricovero: la degenza 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.

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

MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

**MetLife Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale
Maurizio Taglietti**



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **30/06/2015**

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

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

Assicurato: la persona fisica correntista della Contraente, sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto, che abbia aderito al Programma Assicurativo e corrisposto il Premio.

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: Linea Broker S.r.l. con Sede Legale in Via Agostino Bertani n. 6, 20154 Milano, iscritta alla Sezione B del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. B000319003, in data 01/10/2009. Per lo svolgimento delle attività ad esso affidate il Broker potrà avvalersi della società G.E.F.A.S.S. S.r.l. con Sede Legale in Via Bertani n. 6, 20154 Milano, iscritta alla sezione E del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. E000118930, in data 04/05/2007.

Contraente: Barclays Bank Plc, succursale italiana, con sede in Via della Moscova n. 18, 20121 Milano, iscritta nell'elenco annesso al Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi istituito dall'IVASS ai sensi dell'art. 109 del d.lgs. n. 209/05 e dell'art. 33 del Regolamento n. 5 del 16 Ottobre 2006 e successive modifiche al n. UE00005222.

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dall'Assicurato con la Compagnia.

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

Day hospital: degenza diurna senza pernottamento.

Decorrenza del Programma Assicurativo: 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, espressa in cifra fissa o in percentuale, che in caso di Sinistro indennizzabile rimane a carico dell'Assicurato.

Frattura: 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 corporali obiettivamente constatabili.

Infortunio stradale: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili cagionato da veicoli o mezzi meccanici - esclusi quelli ferroviari - in circolazione su strade di uso pubblico o su aree a queste equiparate, nonché su aree private, in cui l'Assicurato rimanga vittima come pedone, conducente o passeggero.

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

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

Lavoratore autonomo: colui che si obbliga a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

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

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

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

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

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

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 prescelte dall'Assicurato.

Ricovero: la degenza 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.

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza e colpa 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 ed i voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri**;
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana in un paese fino ad allora in pace; **sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che 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.

ART. 3 – GARANZIE

La copertura assicurativa offerta dall'Assicuratore è di tipo modulare e prevede diverse combinazioni di garanzie a scelta dell'Assicurato.

Più precisamente, il Programma Assicurativo prevede le seguenti Garanzie Base:

- a) **Decesso a seguito di Infortunio**;
- b) **Invalità Permanente a seguito di Infortunio**.

Alle Garanzie Base possono essere abbinata le seguenti Garanzie Opzionali:

- c) **Decesso a seguito di Infortunio stradale**;
- d) **Diarìa da Ricovero**;
- e) **Diarìa da Convalescenza post Ricovero**;
- f) **Diarìa da gesso**;
- g) **Frattura ossea**;
- h) **Inabilità Temporanea Totale al lavoro**.

Avvertenze:

- **le garanzie operano esclusivamente a seguito di Infortunio**;
- **le garanzie sono valide senza limiti territoriali ad eccezione della garanzia h) che è valida solo sul territorio dello Stato Italiano; la garanzia b) inoltre deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che eserciti la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea**;
- **la garanzia e) può essere acquistata solo in abbinamento alla garanzia d)**;
- **la garanzia f) non può essere acquistata in abbinamento alla garanzia g) e viceversa**;
- **la garanzia h) è riservata ai lavoratori autonomi e non può in alcun caso cumularsi con la garanzia e)**.

ART. 4 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Sono assicurabili le persone fisiche, correntiste della Contraente, 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 74 anni non compiuti**.

Non sono assicurabili, indipendentemente dall'attuale stato di salute, le persone fisiche che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o siano portatrici di Invalità 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 in corso di Contratto, il Programma Assicurativo cessa alla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata all'Assicurato ed eventuali Sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dall'Assicuratore. Resta inteso che l'Assicuratore, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato 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.

Modalità di perfezionamento del Contratto: il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato, **a condizione che i requisiti di assicurabilità sopra indicati siano**

rispettati. Prima dell'adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato, la Contraente verificherà il rispetto dei requisiti sub lettere a) e b) del presente articolo e richiederà all'Assicurato la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

ART. 5 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data indicata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, a **condizione che il Premio corrispondente risulti pagato.** La data di decorrenza può coincidere o essere successiva a quella di perfezionamento del Contratto, **fino ad un massimo di 90 giorni.**

Il Programma Assicurativo rimane in vigore fino al 5 febbraio seguente. Successivamente esso si intenderà tacitamente rinnovato per 12 mesi, e così di seguito, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 4, 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. 6.2.

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso vengano meno i requisiti di cui all'art. 4 lett. a);
- b) in caso di Decesso dell'Assicurato;
- c) qualora, in corso di Contratto, dovesse sopraggiungere una delle condizioni di inassicurabilità di cui all'art. 4;
- d) alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio immediatamente successiva alla chiusura, per qualsiasi causa, del rapporto di conto corrente con la Contraente;
- e) in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato;
- f) in caso di esercizio del diritto di disdetta da parte dell'Assicurato o dell'Assicuratore.

Nelle ipotesi a), c), e) l'Assicuratore, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nell'ipotesi b), d), f) l'Assicuratore non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

ART. 6 – RECESSO / DISDETTA

6.1 Recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 30 giorni dalla data di perfezionamento del Contratto a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, presso il Broker, scrivendo a GE.F.ASS S.r.l., Via Emanuele Filiberto n. 2, 14100 Asti, tel. 0141/437361, fax 0141/322218, e-mail: info@gefass.it.** In tal caso l'Assicuratore, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato 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.

Dopo ogni Sinistro, denunciato a termini di polizza, l'Assicurato e l'Assicuratore hanno diritto di recedere dal Programma Assicurativo dandone comunicazione all'altra parte, **entro 60 giorni dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata rispettivamente all'Assicuratore, presso il Broker, scrivendo a GE.F.ASS S.r.l., Via Emanuele Filiberto n. 2, 14100 Asti, tel. 0141/437361, fax 0141/322218, e-mail: info@gefass.it, oppure all'Assicurato stesso.** Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione. In tal caso l'Assicuratore, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

6.2 Disdetta

L'Assicurato e l'Assicuratore hanno diritto di disdire il Contratto il 5 febbraio di ogni anno, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, dandone comunicazione all'altra parte, **con preavviso di 30 giorni, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata rispettivamente all'Assicuratore, presso il Broker, scrivendo a GE.F.ASS S.r.l., Via Emanuele Filiberto n. 2, 14100 Asti, tel. 0141/437361, fax 0141/322218, e-mail: info@gefass.it, oppure all'Assicurato stesso.** In tal caso il Programma Assicurativo cessa alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio.

ART. 7 – DETERMINAZIONE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

L'Assicurato, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha facoltà di scegliere il Piano Assicurativo più rispondente alle proprie esigenze, tra quelli proposti dall'Assicuratore. A ciascun Piano Assicurativo corrispondono differenti Somme assicurate. Il Piano Assicurativo prescelto è indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

ART. 8 – PRESTAZIONI ASSICURATE

8.1 – Garanzie base

a) Decesso a seguito di Infortunio

In caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato (D) l'Assicuratore corrisponde agli aventi diritto la Somma assicurata prevista dal Piano assicurativo prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo.

Piano assicurativo	A	B	C	D
Somma assicurata	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00

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

Considerata una Somma assicurata pari a € 50.000,00, in caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 50.000,00.

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore corrisponderà agli aventi diritto la Somma assicurata prevista dal Piano assicurativo prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. 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

In caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio dell'Assicurato (IP) l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato un Indennizzo calcolato sulla Somma assicurata prevista dal Piano assicurativo prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, 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.

Piano assicurativo	A	B	C	D
Somma assicurata	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00

IP fino al 3% della totale: nessun Indennizzo viene corrisposto;

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

IP superiore al 10% della totale: l'Indennizzo viene corrisposto senza applicazione di alcuna Franchigia.

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 all'Assicurato un Indennizzo calcolato sulla base dei criteri che precedono.

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 Invalidità Permanente a seguito di Infortunio.

Considerata una Somma assicurata pari a € 50.000,00, la liquidazione dell'Indennizzo viene determinata come segue:

- IP inferiore o pari al 3% della totale: in Franchigia, pertanto non verrà riconosciuto alcun Indennizzo;
- IP superiore al 3% e fino al 10% della totale: l'Indennizzo verrà liquidato per la parte eccedente la Franchigia del 3%; ad esempio qualora l'IP sia pari al 10%, verrà riconosciuto un Indennizzo di € 3.500,00;
- IP superiore al 10% della totale: l'Indennizzo verrà liquidato senza l'applicazione della Franchigia; ad esempio nel caso in cui l'IP sia pari al 30%, verrà riconosciuto un Indennizzo di € 15.000,00.

8.1 – Garanzie opzionali

c) Decesso a seguito di Infortunio stradale

In caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato (D) occorso in qualità di:

- passeggero su qualsiasi mezzo di trasporto terrestre;
- passeggero su mezzi destinati al trasporto pubblico terrestre di persone e di cose;
- conducente di mezzi di trasporto terrestre adibiti ad uso privato;
- pedone, in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo;

l'Assicuratore corrisponde agli aventi diritto la Somma assicurata prevista dal Piano assicurativo prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. **Per il conducente di mezzi trasporto terrestre adibiti ad uso privato, l'Assicuratore corrisponde la prestazione, a condizione che il medesimo, al momento dell'Infortunio stradale sia in regola con le norme di sicurezza previste dal codice della strada.**

Piano assicurativo	A	B	C	D
Somma assicurata	€ 50.000,00	€ 75.000,00	€ 100.000,00	€ 150.000,00

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Decesso a seguito di Infortunio stradale.

Considerata una Somma assicurata pari a € 50.000,00, in caso di Decesso a seguito di Infortunio stradale dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 50.000,00.

Qualora a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di polizza, il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso, l'Assicuratore corrisponderà agli aventi diritto la Somma assicurata prevista dal Piano assicurativo prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. 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.

d) Diaria da Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Infortunio dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde a quest'ultimo la Diaria prevista dal Piano Assicurativo prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di degenza con pernottamento, **fino ad un massimo di 120 giorni per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa.**

La Diaria sarà corrisposta dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza. Ai fini del computo della Diaria saranno computati i soli pernottamenti. Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

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

Piano assicurativo	A	B	C	D
Diaria giornaliera	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00	€ 150,00

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 50,00 ed il limite massimo di 120 giorni per anno, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura per 130 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 6.000,00.

e) Diaria da Convalescenza post Ricovero – La presente garanzia può essere acquistata solo in abbinamento alla garanzia d)

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

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

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

Piano Assicurativo	A	B	C	D
Diaria giornaliera	€ 25,00	€ 37,50	€ 50,00	€ 75,00

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 25,00 ed il limite massimo di 30 giorni per anno, qualora sia prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 750,00.

f) Diaria da gesso – La presente garanzia non può essere acquistata in abbinamento alla garanzia g)

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

La Diaria sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso, dell'esame radiografico attestante la Frattura e dei certificati medici originali attestanti l'avvenuta applicazione e rimozione dell'Apparecchio gessato, a condizione che la Frattura ossea sia stata diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio e che l'Apparecchio gessato sia applicato e rimosso da personale medico.

Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro per Diaria da gesso e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzi che l'Assicurato sia affetto da osteoporosi o da altra malattia delle ossa, la copertura opera con riferimento al Sinistro denunciato, ma da quel momento in avanti cessa la prestazione per Diaria da gesso. L'Assicurato potrà tuttavia usufruire di tutte le altre prestazioni previste dal Programma Assicurativo.

Piano assicurativo	A	B	C	D
Diaria giornaliera	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00	€ 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 Diaria giornaliera pari a € 50,00 ed il limite massimo di 30 giorni per anno, qualora venga applicato all'Assicurato un Apparecchio gessato per 40 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 1.500,00.

g) Frattura ossea – La presente garanzia non può essere acquistata in abbinamento alla garanzia f)

In caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio dell'Assicurato tra quelle di seguito indicate, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato la Somma assicurata prevista dal Piano Assicurativo prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. **La prestazione massima garantita è pari ad € 3.000,00 per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa.**

La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso e dell'esame radiografico attestante la Frattura ossea, a condizione che la medesima sia stata diagnosticata entro 15 giorni dalla data dell'Infortunio.

Le fratture ossee garantite sono le seguenti:

- Anca o Bacino;
- Femore, Tallone;
- Gamba, Cranio, Clavicola, Gomito, Avambraccio, Omero;
- Fratture di colles (polso);
- Scapola, Rotula, Sterno, Mano (escluse fratture al polso ed alle dita), Piede (escluse fratture alle dita);
- Colonna Vertebrale;
- Mascella Inferiore;
- Una o più coste, Zigomo, Coccige, Mascella superiore, Naso.

Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro per una Frattura ossea garantita e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzi che l'Assicurato sia affetto da osteoporosi o da altra malattia delle ossa, la copertura opera con riferimento al Sinistro denunciato, ma da quel momento in avanti cessa la prestazione per Frattura ossea. L'Assicurato potrà tuttavia usufruire di tutte le altre prestazioni previste dal Programma Assicurativo.

Piano assicurativo	A	B	C	D
Somma assicurata	€ 500,00	€ 750,00	€ 1.000,00	€ 1.500,00

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Frattura ossea a seguito di Infortunio.

Considerata una somma assicurata pari a € 1.500,00 ed il limite massimo di € 3.000,00 per annualità assicurativa, in caso di 3 Fratture ossee tra quelle garantite occorse all'Assicurato nella medesima annualità assicurativa, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari ad € 3.000,00.

h) Inabilità Temporanea Totale al lavoro – La presente garanzia è riservata ai lavoratori autonomi e non può in alcun caso cumularsi con la garanzia e)

In caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio dell'Assicurato (ITT) che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione di lavoro autonomo, l'Assicuratore corrisponde all'Assicurato la Diaria prevista dal Piano assicurativo prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di ITT certificato da un medico, **dopo il periodo di Franchigia assoluta di 15 giorni consecutivi a partire dal 1° giorno di ITT e fino ad un massimo di 365 giorni consecutivi e complessivi, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa.**

La Diaria sarà corrisposta:

- integralmente per ogni giorno in cui l'Assicurato si è trovato nella totale incapacità fisica ad attendere alla propria professione lavorativa;
- al 50% per ogni giorno in cui l'Assicurato ha potuto attendere solo in parte alla propria professione lavorativa.

La Diaria sarà corrisposta dietro presentazione dei certificati medici originali attestanti il periodo di ITT, che dovranno essere rinnovati alle rispettive scadenze ed inviati all'Assicuratore entro e non oltre 15 giorni dalla scadenza del precedente. Diversamente l'Assicuratore considererà quale data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che possa stabilire una data anteriore.

Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario, alla data d'inizio dell'ITT, esercitare una professione di lavoro autonomo che produca reddito. Qualora in corso di validità contrattuale l'Assicurato non dovesse più esercitare una professione di lavoro autonomo, previa comunicazione all'Assicuratore, quest'ultimo procederà alla riduzione del Premio, a partire dalla scadenza della rata di Premio successiva alla predetta comunicazione.

Piano assicurativo	A	B	C	D
Diaria giornaliera	€ 50,00	€ 75,00	€ 100,00	€ 150,00

A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio.

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 50,00 ed il limite massimo di 365 giorni, qualora sia certificato un periodo di ITT pari a 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 18.250,00.

ART. 9 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI

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

restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

Sono esclusi dal Programma Assicurativo 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 da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- 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 altresì escluse dal Programma Assicurativo:

- le conseguenze dirette o indirette di:
 - infortuni antecedenti alla data di adesione al Programma Assicurativo;
 - malattie mentali o nervose se causa o concausa dell'Infortunio;
- le lesioni determinate da sforzo ivi comprese le ernie traumatiche ed addominali;
- i viaggi aerei effettuati su:
 - aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - aeromobili di aeroclubs;
 - apparecchi per il volo da diporto o sportivo.

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

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 4 e salvo il caso in cui, con riferimento alla garanzia Inabilità Temporanea al lavoro, l'Assicurato non dovesse più esercitare una professione di lavoro autonomo in corso di validità contrattuale.

ART. 11 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è annuo ed è frazionato su base mensile senza oneri a carico dell'Assicurato. L'importo di Premio mensile è pari a quanto di seguito indicato, in funzione del Piano assicurativo prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione al Programma Assicurativo.

IMPORTO DI PREMIO MENSILE				
PIANO ASSICURATIVO	A	B	C	D
a) Decesso	€ 5,04	€ 7,48	€ 9,91	€ 14,78
b) Invalidità Permanente	€ 6,96	€ 10,32	€ 13,69	€ 20,42
c) Decesso a seguito di Sinistro stradale	€ 3,10	€ 4,60	€ 6,10	€ 9,10
d) Diaria da Ricovero	€ 1,50	€ 2,30	€ 3,00	€ 4,50
e) Diaria da Convalescenza post Ricovero	€ 0,70	€ 1,00	€ 1,30	€ 2,00
f) Diaria da gessatura	€ 1,30	€ 1,90	€ 2,50	€ 3,80
g) Frattura ossea	€ 3,30	€ 4,90	€ 6,50	€ 9,80
h) Inabilità Temporanea Totale al lavoro	€ 1,50	€ 2,30	€ 3,00	€ 4,50

Per il tramite della Contraente, il Premio viene addebitato sul conto corrente dall'Assicurato, a condizione che sul conto corrente da addebitare vi siano disponibilità sufficienti all'esecuzione dell'addebito. Alla data di decorrenza del Contratto, sarà addebitata la porzione di Premio mensile calcolata dalla data di decorrenza indicata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo al 5 del mese successivo. In seguito, sarà addebitata l'intera porzione di Premio mensile. Il Premio, così addebitato, viene versato dalla Contraente all'Assicuratore in via anticipata.

Ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, se l'Assicurato 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'Assicurato paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute l'Assicurato non paga le rate di Premio successive, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. L'Assicurato 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'Assicurato 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 pertanto indennizzati dall'Assicuratore.

ART. 12 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

Il momento di insorgenza del Sinistro coincide con il giorno di accadimento dell'Infortunio. **Si considerano valide solo le denunce inviate all'Assicuratore in forma scritta utilizzando l'apposito modulo di denuncia predisposto dall'Assicuratore, completo dei giustificativi elencati alla fine del modulo stesso.** È considerata come data di denuncia la data di spedizione attestata dal timbro dell'ufficio postale. **L'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere eventuale ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso necessario per la corretta valutazione del Sinistro, nonché 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 si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. **Occorre denunciare l'Inabilità Temporanea Totale al lavoro (ITT) entro e non oltre 15 giorni dalla data di inizio dell'ITT.** Diversamente le prestazioni saranno calcolate solo per periodi posteriori alla denuncia. **Occorre denunciare l'eventuale prolungamento dell'ITT entro 15 giorni dal termine dell'ultimo periodo di ITT certificato.** Diversamente le prestazioni saranno calcolate considerando quale data di guarigione quella indicata nell'ultimo certificato regolarmente inviato, salvo che l'Assicuratore possa stabilire una data anteriore.

ART. 13 – RECLAMI

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

La Compagnia 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 dalla Compagnia.

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 ai quali l'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. 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/internalmarket/finservices-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

ART. 14 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

L'Assicurato ha il diritto di richiedere all'Assicuratore informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata per iscritto all'indirizzo dell'Assicuratore scrivendo a **MetLife, 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. 15 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 16 – FORO COMPETENTE E ARBITRATO

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (Assicurato o Beneficiario) previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge n. 98/2013, salvo eventuali modifiche successive.

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

ART. 17 – VALUTA

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

ART. 18 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

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

In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona fisica più di un Contratto relativo alla presente Convenzione assicurativa. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, l'Assicuratore considererà valido esclusivamente il Contratto sottoscritto con la data più remota e, per il tramite del Broker, restituirà all'Assicurato i premi incassati al netto delle imposte in relazione ai Contratti 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. 19 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DA PARTE DI METLIFE EUROPE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

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 informarti che i dati personali da noi trattati possono essere acquisiti:

- I. direttamente da te;
- II. tramite terzi, nel caso di polizze collettive o individuali che ti 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.

Trattiamo, inoltre, i dati personali successivamente acquisiti nel corso del rapporto con te instaurato. Tutte le informazioni di cui sopra verranno trattate dalle Nostre Società **MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia e/o MetLife Europe Insurance Limited Rappresentanza Generale per l'Italia** (di seguito "MetLife" o le "Società"), in qualità di titolari del trattamento, al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da te richiesti o in tuo favore previsti.

A tali scopi potresti fornire a MetLife o ai suoi agenti, broker o altri intermediari assicurativi, eventuali dati sensibili¹ (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il tuo stato di salute riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) indispensabili per lo svolgimento delle verifiche propedeutiche all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica), ove necessarie, oppure all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro).

Il conferimento dei tuoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo². Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirti 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 tuoi 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 tuoi 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

Fascicolo informativo - Condizioni di assicurazione - Pagina 9 di 10

contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge 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.

L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile presso la sede delle Nostre Società. Taluni tuoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e della liquidazione dei sinistri.

Ti invitiamo, pertanto, a prestare alle Nostre Società, con la sottoscrizione della clausola posta in calce al Modulo di Adesione al Programma Assicurativo, il consenso al trattamento dei tuoi dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte nonché al loro trasferimento verso paesi appartenenti alla UE, ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

Resta inteso che in ogni momento potrai consultare i Tuoi dati, ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, ovvero opposti al loro trattamento in tutto o in parte (art. 7 del D.lgs. n. 196/2003) inviando una comunicazione a MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia e/o MetLife Europe Insurance 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.

¹Per 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).

²Ad es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa antiriciclaggio (D.lgs. n. 231/2007 e successive modifiche ed integrazioni).

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

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

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO (se persona diversa dall'Assicurato)

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

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

- Decesso a seguito di Infortunio Diaria da Ricovero Frattura ossea
 Invalidità Permanente a seguito di Infortunio Diaria da Convalescenza post Ricovero Inabilità Temporanea Totale al lavoro
 Decesso a seguito di Infortunio stradale Diaria da gesso

Data di accadimento (gg/mm/aa): [][][][][][] Ora: Luogo:
Descrizione delle cause e delle circostanze dell'Infortunio e delle conseguenze immediate:
.....
.....

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

Intestatario: Codice Iban:

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

DECESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO / DECESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO STRADALE

- Certificato di morte in originale
- Certificato di pronto soccorso o analogo certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento
- Certificato del 118 intervenuto o, in caso di Ricovero in Istituto di cura, copia conforme all'originale della cartella clinica
- Copia del referto autoptico
- Copia conforme all'originale del referto dell'Autorità di Pubblica Sicurezza o Giudiziarica da cui si possano rilevare le precise circostanze del decesso
- Certificato sostitutivo dell'atto di notorietà in originale o, in caso di eredi testamentari, copia autenticata del testamento e, in caso di eredi minori, autorizzazione del giudice tutelare alla riscossione dell'Indennizzo da parte del tutore

INVALIDITÀ PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

- Certificato di pronto soccorso o analogo certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento
- Certificato del 118 intervenuto o, in caso di Ricovero in Istituto di cura, copia conforme all'originale della cartella clinica
- Documentazione relativa a visite specialistiche e/o diagnostiche effettuate successivamente all'Infortunio e comprovanti l'evoluzione dello stesso
- Copia conforme all'originale del referto dell'Autorità di Pubblica Sicurezza o Giudiziarica eventualmente intervenute
- Certificato medico che attesti la stabilizzazione dei postumi invalidanti

DIARIA DA RICOVERO

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

DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO

- Certificato/i medico/i in originale attestante/i la necessità ed il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero, prescritto in fase di dimissione dall'Istituto di cura oppure dal medico curante

DIARIA DA GESSO

- 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

FRATTURE OSSEE

- Certificato di pronto soccorso o analogo certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Frattura

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO

- Certificato di pronto soccorso o analogo certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento
- Certificato/i medico/i in originale attestante/i il periodo di Inabilità Temporanea Totale al lavoro
- Dichiarazione dei redditi relativa all'anno precedente l'Infortunio o, in mancanza, certificazione della camera di commercio industria, artigianato ed agricoltura attestante iscrizione e mansione

Informativa per il trattamento dei dati personali (art. 13 d.lgs. n. 196/2003)

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che Le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla privacy consultabile sul sito www.metlife.it, La informiamo che i dati personali, anche sensibili¹, da Lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria (es. informazioni in questionari sanitari, certificati medici, cartelle cliniche) saranno utilizzati dalla Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited (titolari del trattamento), al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Il conferimento di tali dati risulta pertanto necessario al perseguimento delle suddette finalità, e senza di essi non saremmo in grado di valutare la Sua richiesta di indennizzo.

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

In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, 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 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. per adempiere agli obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile presso la sede delle Nostre Società. Taluni tuoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri. Se interessato, contrassegnando l'apposito *check-box*, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per il compimento di sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso attraverso modalità automatizzate di contatto (es. *email*) o attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, co. 1 e 2 del D.lgs. 196/03. Il rilascio del consenso per tali finalità è facoltativo, ma a MetLife per valutare il grado di soddisfazione della clientela e migliorare il servizio reso.

In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati e chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere successivamente una diversa volontà sulle modalità di contatto² rivolgendosi alla Rappresentanza Generale per l'Italia delle Nostre società, MetLife Europe Limited, presso Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it.

¹Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute, nonché la vita sessuale, 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 (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

²È sua facoltà, ove interessato, comunicarci in qualunque momento una diversa volontà circa la partecipazione a sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso, ovvero sulle modalità di comunicazione.

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 e sensibili, da parte di MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella informativa stessa.

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

**DA INVIARE A MEZZO DI LETTERA RACCOMANDATA A/R A: METLIFE EUROPE LIMITED
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA, UFFICIO SINISTRI, VIA A. VESALIO N. 6, 00161 ROMA**

Data (gg/mm/aa):

Firma (*leggibile*) _____

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 e sensibili, da parte di MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella informativa stessa.

➡ Data (gg/mm/aa): Firma (*leggibile*) _____

SPAZIO RISERVATO ALL'INTERMEDIARIO ABILITATO

Identificazione dell'Assicurato

L'intermediario:

- ha proceduto alla corretta identificazione/adequata verifica dell'Assicurato ed attesta la corrispondenza dei dati forniti con quelli indicati nel presente modulo
- non ha proceduto alla corretta identificazione/adequata verifica dell'Assicurato.

➡ Data (gg/mm/aa): Firma (*leggibile*) _____ Codice identificativo _____

MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, in virtù della Polizza Collettiva n. 415439, stipulata in qualità di contraente con Inter Partner Assistance SA Rappresentanza Generale per l'Italia, offre gratuitamente ai propri clienti assicurati con la Polizza Infortuni n. AH/15/101 denominata "MetLife Infortunio Protetto" le prestazioni di Assistenza più avanti elencate. Resta inteso che MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia è esonerata da qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni di Assistenza previste.

POLIZZA COLLETTIVA N. 415439
SINTESI GARANZIE ASSICURATIVE REDATTE AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP N. 35/2010

Glossario

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, titolare della Polizza Infortuni n. AH/15/101 denominata "MetLife Infortunio Protetto".

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

Centrale Operativa: la struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma - costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.

Contraente: MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Andrea Vesalio n. 6 - 00161 Roma.

Domicilio: il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.

Inabilità temporanea (IT): la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.

Infortunio: il Sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Istituto di cura: l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure. Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.

Italia: il territorio della Repubblica Italiana.

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

Paese di origine: ai termini della presente Polizza si intende l'Italia; il Paese dove è emessa la Polizza.

Polizza: il documento che prova il contratto di assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Programma Assicurativo: si intende la Polizza Infortuni n. AH/15/101 denominata "MetLife Infortunio Protetto" emessa dalla Contraente.

Residenza: il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.

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

Società: INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena n. 111 - 00173 Roma.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Per acquisire le Condizioni Generali di Assicurazione e le informazioni sulla procedura di liquidazione delle prestazioni assicurative, l'Assicurato potrà rivolgersi al Contraente della Polizza Collettiva al seguente indirizzo: **MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, 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.**

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società fornisce le garanzie di seguito specificate: **Assistenza.**

La durata della copertura assicurativa Assistenza coincide con la durata del Programma Assicurativo Infortuni n. AH/15/101 denominato "MetLife Infortunio Protetto".

A. ASSISTENZA

A.1 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

Estensione Territoriale

Le garanzie Assistenza, ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, sono valide per i sinistri avvenuti nei seguenti paesi: Albania, Andorra, Austria, Belgio, Bielorussia, Bosnia-Erzegovina, Bulgaria, Cipro, Croazia, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Grecia, Irlanda, Islanda, Israele, Italia (comprese la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano) Lettonia, Liechtenstein, Lituania, Lussemburgo, F.Y.R.O.M. - Macedonia,

Pagina 1 di 4



Madera, Malta, Marocco, Moldavia, Monaco, Montenegro, Norvegia, Paesi Bassi, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia Europea (esclusi i Monti Urali) Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tunisia, Turchia, Ucraina, Ungheria. **Non sono in ogni caso fornite prestazioni né è garantita la copertura assicurativa in quei paesi in stato di belligeranza o guerra, anche se non dichiarata, sebbene compresi nell'elenco sopra riportato.**

Operatività della Polizza

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, le garanzie operano:

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

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

La Società, in caso di Infortunio dell'Assicurato, tramite la Centrale Operativa, organizza ed eroga, 24 ore su 24, le seguenti prestazioni:

Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente ad Infortunio. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell'Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire: consigli medici di carattere generale; informazioni riguardanti: reperimento dei mezzi di soccorso; reperimento di medici generici e specialisti; localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati; modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private; esistenza e reperibilità di farmaci. La Centrale Operativa non fornirà diagnosi o prescrizioni, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza

Qualora, successivamente al consulto medico telefonico, il servizio medico della Centrale Operativa giudichi necessaria e non rinviabile una visita medica dell'Assicurato, la Centrale Operativa invierà un medico generico convenzionato sul posto. Qualora non sia immediatamente disponibile l'invio del medico, la Società organizzerà il trasferimento in ambulanza dell'Assicurato presso il centro di primo soccorso più vicino al suo Domicilio e senza costi a suo carico. Resta inteso che in caso di emergenza la Centrale Operativa non potrà in alcun caso sostituirsi agli Organismi Ufficiali di Soccorso (Servizio 118) né assumersi le eventuali spese.

Trasferimento sanitario programmato – Prestazione valida solo in Italia

Previa analisi del quadro clinico da parte del servizio medico della Centrale Operativa e d'intesa con il medico curante dell'Assicurato, la Centrale Operativa è a disposizione per organizzare il trasporto dell'Assicurato con il mezzo ritenuto più idoneo qualora, a seguito di Infortunio, sia necessario: il suo trasferimento presso l'Istituto di cura dove deve essere ricoverato; il suo trasferimento dall'Istituto di cura presso cui è ricoverato ad un altro ritenuto più attrezzato per le cure del caso; il suo rientro all'abitazione al momento della dimissione. La Centrale Operativa organizzerà il trasferimento dell'Assicurato con i mezzi ritenuti più idonei a suo insindacabile giudizio, mediante: aereo di linea, classe economica, eventualmente barellato; treno, prima classe, e, ove necessario, vagone letto; autoambulanza senza limiti di chilometraggio o altro mezzo di trasporto. In base alle condizioni di salute dell'Assicurato, la Centrale Operativa provvederà a fornire la necessaria assistenza durante il trasporto con personale medico o paramedico. **Sono escluse dalla prestazione: le infermità o lesioni che a giudizio del servizio medico della Centrale Operativa possono essere curate sul posto; le malattie infettive, nel caso in cui il trasporto implichi violazione di norme sanitarie nazionali o internazionali; tutti i casi in cui l'Assicurato o i familiari dello stesso sottoscrivessero volontariamente le dimissioni contro il parere dei sanitari della struttura presso la quale fosse ricoverato; tutte le spese diverse da quelle indicate; tutte le spese sostenute per malattie preesistenti.**

Assistenza infermieristica domiciliare – Prestazione valida solo in Italia – H 24

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato, sulla base di certificazione medica, di essere assistito presso il proprio Domicilio da personale specializzato (infermieristico o socio-assistenziale) potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile. **La prestazione è fornita con un preavviso di 3 giorni. La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 10 giorni per Sinistro e 2 ore per giorno.**

Invio di fisioterapista a Domicilio – Prestazione valida solo in Italia

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 30 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato, di essere assistito presso il proprio Domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato. La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema al fine di offrire la migliore soluzione possibile. **La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3**

Pagina 2 di 4



Inter Partner Assistance S.A. Member of AXA Assistance Group

Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni

Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena 111 - 00173 Roma - Tel.06/42118.1

Sede legale Bruxelles - Avenue Louise 166 - Capitale sociale € 11.702.613 interamente versato - 100% AXA Assistance S.A.

N.iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993

Registro delle Imprese di Roma RM - 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151



giorni. La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 10 giorni per Sinistro e 2 ore per giorno.

ART. 2 – ESCLUSIONI

Sono escluse le prestazioni per eventi provocati o dipendenti da:

- atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
- dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
- abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
- gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
- ogni evento derivante da situazioni patologiche pregresse già note all'Assicurato;
- eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;
- viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.

La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società medesimo.

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

Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.

Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.

Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

ART. 3 – OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI RICHIESTA DI ASSISTENZA

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

numero verde 800.221812

numero nero 06.42115781

Nel caso in cui sia impossibile telefonare, l'Assicurato dovrà inviare un fax al numero 06/4818960.

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

Inoltre, dovrà qualificarsi come Assicurato MetLife Europe Limited, titolare del Programma Assicurativo Infortuni n. AH/15/101 denominato "MetLife Infortunio Protetto" e comunicare:

- cognome e nome;
- prestazione richiesta;
- suo indirizzo o recapito temporaneo;
- numero di telefono al quale essere contattato.

La denuncia dovrà essere effettuata il più presto possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 giorni successivi. L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla prestazione.

A parziale deroga, resta inteso che, qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il Sinistro entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado e comunque entro i termini di legge (art. 2952 Codice civile.).

Gli interventi di assistenza devono essere di norma disposti direttamente dalla Centrale Operativa, ovvero essere da questa espressamente autorizzati, pena la decadenza del diritto alla prestazione di assistenza.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle prestazioni.

NOTA INFORMATIVA

1. Informazioni sull'Impresa di Assicurazione

La denominazione sociale dell'Impresa di Assicurazione che offre il prodotto assicurativo è Inter Partner Assistance SA Rappresentanza Generale per l'Italia.

- Informazioni generali



Inter Partner Assistance SA, Compagnia Internazionale di Assicurazioni e Riassicurazioni, con sede in Belgio, 1050 Bruxelles, Avenue Louise, 166, capitale sociale € 11.702.613,00 al 100% AXA Assistance, opera in Italia in regime di stabilimento.

Il Contratto viene stipulato dalla Rappresentanza Generale per l'Italia con sede e Direzione Generale in Italia, Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma, Tel. 06 42118.1. E-mail direzione.italia@ip-assistance.com, Sito internet www.axa-assistance.it. Inter Partner Assistance SA, è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia con D.M. 19 ottobre 1993 (G.U. del 23.10.1993 n. 250). Numero di iscrizione all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione: I.00014. Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151.

Inter Partner Assistance SA è assoggettata alla vigilanza della BNB (Banque Nationale de Belgique Boulevard de Berlaimont 14 BE-1000 Bruxelles).

2. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

▪ Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: la gestione dei sinistri è affidata alla struttura organizzativa di Inter Partner Assistance S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma.

▪ Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e.mail) a: **Servizio Clienti di Inter Partner Assistance SA - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Bernardino Alimena n. 111, 00173 Roma.**