

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di assicurazione “3Centosesanta° Linea Salute Più” stipulato a distanza con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota informativa, comprensiva del glossario**
- b) Condizioni di assicurazione**

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

Avvertenza: prima dell'adesione leggere attentamente la Nota informativa.

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: **19/07/2016**

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

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

La Nota informativa si articola in 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 del Contraente/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 d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda.

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

Il Contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via 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 d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) ed soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2015 è pari a € 710.467.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 4.152.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.152.000 emesse, e altre riserve pari a € 706.315.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c., ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 193%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto è stipulato per la durata di 1 anno con clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: il Contraente 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

Nei limiti ed alle condizioni di polizza, il Contratto prevede le seguenti coperture assicurative:

- a) **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia;**
- b) **Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a);**
- c) **Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 200% della Diaria di cui alla lett. a);**
- d) **Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a)**

Avvertenza: le prestazioni relative alle coperture assicurative a), b) e c) non sono tra di loro cumulabili.

Si rinvia all'art. 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, 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 all'art. 8 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

a) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 50,00, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 18.250,00.

b) Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a)

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 75,00, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 27.375,00.

c) Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 200% della Diaria di cui alla lett. a)

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 100,00, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 36.500,00.

d) Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a)

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 25,00 ed il limite massimo di 30 giorni per annualità assicurativa, qualora venga prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza pari a 50 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 750,00.

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 del Contraente 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 Conclusione 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 della Conclusione 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. 4.2 delle Condizioni di assicurazione.

6. Premi

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

7. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Il Premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento.

8. Diritto di recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni dalla data di Conclusione del Contratto (così come descritta all'art. 4.3 delle Condizioni di assicurazione) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665.** In tal caso l'Assicuratore restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

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 dell'Assicuratore, incaricata del loro esame, ai recapiti qui di seguito indicati: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it. Il reclamante potrà presentare reclamo all'Assicuratore anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti".

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

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

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi;

il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, secondo le modalità di seguito indicate e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore.

Il reclamante potrà presentare reclamo all'IVASS utilizzando il modello disponibile sul sito www.ivass.it, avendo cura di indicare i seguenti elementi:

- nome, cognome e domicilio del reclamante;
- soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa.

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

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

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

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

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

Assicurato: con riferimento al Piano di Garanzie Individuo, il Contraente; con riferimento al Piano di Garanzie Coppia, la Coppia.

Assicuratore: MetLife Europe d.a.c. con Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) e svolge la propria attività assicurativa attraverso la propria Rappresentanza Generale per l'Italia iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

Carcinoma: affezione cancerogena caratterizzata dalla presenza di un tumore maligno, dalla crescita incontrollata e diffusa delle cellule maligne e dall'invasione dei tessuti, includendo la diffusione diretta o per via metastatica, oppure dalla presenza di

cellule maligne sia nel sistema linfatico che circolatorio, compreso il morbo di HodgKins, la leucemia, il carcinoma in situ.

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

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

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

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con l'Assicuratore mediante telefonia vocale.

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

Coppia: comprende le persone fisiche di seguito indicate:

- il Contraente;
- il coniuge del Contraente non divorziato o separato legalmente, **a condizione che sia presente nello stato di famiglia** (o, in alternativa, il convivente more uxorio, **a condizione che sia stabilmente convivente con il Contraente nella stessa residenza**).

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento.

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

Diaria: indennità giornaliera.

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

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

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

Infarto: necrosi di un tessuto per ischemia ovvero per grave deficit di flusso sanguigno.

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.

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

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

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

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

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

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

Ricovero: la degenza dell'Assicurato in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento.

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

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

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

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

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

**MetLife Europe d.a.c.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Il Rappresentante Legale
Maurizio Taglietti**



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **19/07/2016**

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Con riferimento alle garanzie prestate a seguito di Infortunio, sono compresi in garanzia anche:

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

ART. 3 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dall'Assicuratore comprende le garanzie di seguito elencate:

- a) **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia;**
- b) **Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a);**
- c) **Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 200% della Diaria di cui alla lett. a);**
- d) **Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a).**

Avvertenza: le prestazioni relative alle garanzie a), b) e c) non sono tra di loro cumulabili.

Il Contraente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha la facoltà di scegliere tra 2 distinti Piani di Garanzie:

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

ART. 4 – PERSONE ASSICURABILI E CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

4.1 – Persone assicurabili

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

- a) **siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana e siano muniti di Codice Fiscale;**
- b) **abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti.**

4.2 – Persone inassicurabili

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 Invalidità Permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. Qualora le condizioni di non assicurabilità dovessero insorgere in corso Contratto, il Programma Assicurativo cessa alla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata all'Assicurato. Resta inteso che, nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Coppia, il Programma Assicurativo continua ad operare, fino alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio, con riferimento all'altro componente della Coppia.

4.3 – Conclusione del Contratto

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

4.4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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

ART. 5 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

Il Programma Assicurativo ha durata annuale. Successivamente esso si intenderà tacitamente rinnovato, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 4.1 lett. a) ed il Premio corrispondente risulti pagato, 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. 4.1 lett. a);
- b) alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo Premio immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età;
- c) in caso di Decesso;
- d) qualora, in corso di Contratto, dovesse sopraggiungere una delle condizioni di non assicurabilità di cui all'art. 4.2;
- e) in caso di esercizio del diritto di recesso;
- f) in caso di disdetta.

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

ART. 6 – RECESSO E DISDETTA

6.1 Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni dalla data di Conclusione del Contratto (così come descritta all'art. 4.3) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665.** In tal caso l'Assicuratore restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

6.2 Disdetta

Il Contraente e l'Assicuratore hanno diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, dandone comunicazione all'altra parte **mediante lettera raccomandata A/R, con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza annuale. Il Contraente ha altresì la facoltà di comunicare la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665 entro il predetto termine.**

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

ART. 7 – DETERMINAZIONE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

La prestazione assicurata è determinata in funzione del Piano Assicurativo proposto al momento dell'adesione telefonica al Programma Assicurativo e le corrispondenti somme assicurate sono indicate nel Certificato di assicurazione.

ART. 8 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Avvertenza: le prestazioni assicurate a), b) e c) non sono tra di loro cumulabili.

a) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, l'Assicuratore, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, corrisponde al medesimo la Diaria prevista dal Piano Assicurativo proposto al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, per ogni giorno di degenza con pernottamento.,

La prestazione verrà corrisposta, dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza, a condizione che il Ricovero sia iniziato nel periodo di validità del contratto.

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

Al termine del periodo di validità del contratto, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, l'Assicuratore corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza dell'Assicurato,

La Diaria prevista dal Piano Assicurativo proposto al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, fermi i periodi di carenza e franchigia specificati all'art. 9, verrà corrisposta anche in caso di Ricovero a seguito di **gravidanza, parto ed aborto.**

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 50,00, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 18.250,00.

b) Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a)

In caso di Ricovero in Istituto di Cura a seguito di Infarto o Carcinoma dell'Assicurato, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, l'Assicuratore corrisponde al medesimo il 150% della Diaria di cui alla lett. a), per ogni giorno di degenza con pernottamento.

La prestazione verrà corrisposta, dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza, a condizione che il Ricovero sia iniziato nel periodo di validità del contratto. Non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

Al termine del periodo di validità del contratto, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, l'Assicuratore corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza dell'Assicurato

A scopo esemplificativo si illustra il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Diaria da Ricovero a seguito di Infarto o Carcinoma, pari al 150% della Diaria di cui alla lett. a).

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 75,00, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 27.375,00.

c) Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 200% della Diaria di cui alla lett. a)

In caso di Ricovero in reparto di terapia intensiva dell'Assicurato, l'Assicuratore, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, corrisponde al medesimo il 200% della Diaria di cui alla lett. a) per ogni giorno di degenza con pernottamento **La prestazione verrà corrisposta, dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza, a condizione che il Ricovero sia iniziato nel periodo di validità del contratto.**

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

Al termine del periodo di validità del contratto, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, l'Assicuratore corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza dell'Assicurato.

A scopo esemplificativo si illustra il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Diaria da Ricovero in reparto di terapia intensiva, pari al 200% della Diaria di cui alla lett. a).

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 100,00, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 36.500,00.

d) Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio o Malattia, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a)

In caso di Convalescenza dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero dovuto ad Infortunio o Malattia, l'Assicuratore, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, corrisponde al medesimo il 50% della Diaria di cui alla lett. a) per ogni giorno di Convalescenza, **fino ad un massimo di 30 giorni** per persona e per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni accaduti, delle malattie diagnosticate e dei ricoveri occorsi durante l'annualità assicurativa medesima.

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

- **il Ricovero sia stato indennizzato a termini di polizza; il periodo di Convalescenza sia stato prescritto in fase di dimissione dall'Istituto di Cura oppure dal medico curante entro e non oltre il terzo giorno dalla dimissione dall'Istituto di Cura.**

A scopo esemplificativo si illustra il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio, pari al 50% della Diaria di cui alla lett. a).

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 25,00 ed il limite massimo di 30 giorni per persona e per annualità assicurativa, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura per 400 giorni, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 750,00.

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.

Carenza:

- **non sono garantiti i ricoveri avvenuti durante i primi 300 giorni dalla data di Conclusione del Contratto se conseguenti a gravidanza, parto, ed aborto;**
- **non sono garantiti i ricoveri avvenuti durante i primi 730 giorni dalla data di Conclusione del Contratto se conseguenti a malattie preesistenti o ad infortuni accaduti antecedentemente alla data di Conclusione del Contratto.**

Franchigia:

- **per ciascun Ricovero che sia conseguente a gravidanza, parto, ed aborto è previsto un periodo di Franchigia assoluta di 3 giorni consecutivi.**
- **per ciascun Ricovero conseguente a Malattia preesistente o ad Infortunio accaduto antecedentemente alla data di Conclusione del Contratto è previsto un periodo di Franchigia assoluta di 3 giorni.**

Sono esclusi dal Programma Assicurativo gli Infortuni causati da:

- **guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione;**
- **trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;**
- **delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;**
- **qualsiasi esposizione o contaminazione chimica o biologica, indipendentemente da ogni causa che possa avervi contribuito;**
- **partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere;**
- **abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;**
- **alcolismo; tossicodipendenza, epilessia, diabete giovanile;**

- chirurgia plastica o estetica, anche quando conseguenza di un Infortunio o Malattia, salvo non si tratti di chirurgia ricostruttiva a seguito di Carcinoma;
- donazione di organi o tessuti;
- degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, fitoterapici, fisioterapici, dietologici o del benessere;
- eliminazione o correzione di difetti fisici;
- suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- sport aerei;
- attività sportive remunerate;

Sono altresì escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze dirette o indirette di malattie mentali o nervose se causa o concausa del ricovero.

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. 4.2 delle Condizioni di assicurazione.

ART. 11 – PREMIO ASSICURATIVO

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

Il premio relativo al primo mese di copertura è gratuito.

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

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

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

ART. 12 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Assicuratore utilizzando il Modulo di Denuncia Sinistro incluso nella documentazione contrattuale, oppure seguendo le istruzioni riportate sul sito web www.metlife.it nella sezione Assistenza Clienti / Denuncia Sinistri. Inoltre l'Assicurato o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro contattando il numero **800.319.665**. **La denuncia di Sinistro si considera completa al ricevimento di tutte le informazioni e documenti elencati nel Modulo di Denuncia Sinistro.** L'Assicuratore ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione qualora, a suo giudizio, ciò sia necessario per la corretta valutazione del Sinistro e per l'accertamento del diritto alla prestazione. L'Assicuratore si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni alla stessa comunicate. **Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.**

ART. 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 dell'Assicuratore, incaricata del loro esame, ai recapiti qui di seguito indicati: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it. Il reclamante potrà presentare reclamo all'Assicuratore anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti".

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

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

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi;

il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela del Consumatore - Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma, secondo le modalità di seguito indicate e corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Assicuratore.

Il reclamante potrà presentare reclamo all'IVASS utilizzando il modello disponibile sul sito www.ivass.it, avendo cura di indicare i seguenti elementi:

- nome, cognome e domicilio del reclamante;
- soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa.

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

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

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

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

ART. 14 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

L'Assicurato ha il diritto di richiedere all'Assicuratore informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata per iscritto all'indirizzo dell'Assicuratore scrivendo a **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma** oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti. In alternativa è possibile telefonare al seguente Numero Verde **800.319.665**. L'Assicuratore si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

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

ART. 15 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

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

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

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

ART. 17 – VALUTA

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

ART. 18 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

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

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

ART. 19 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Cliente, nel rispetto del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito il "Codice"), desideriamo informarla che i dati personali da noi trattati possono essere acquisiti:

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

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

Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto, in base alla vigente normativa, deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa.

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

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

A tali scopi potrebbe fornire a MetLife o ai suoi agenti, broker o altri intermediari assicurativi, eventuali dati che la normativa qualifica come "Dati sensibili" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro). Ai sensi della normativa vigente per "dato sensibile" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale (art. 4 co. 1 lett. D) D.Lgs. 196/2003).

Il conferimento dei suoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo (es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa antiriciclaggio o per effettuare le verifiche di adeguatezza del prodotto assicurativo offerto). Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirle correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi richiesti.

Per tali finalità i dati potranno essere trattati, nell'ambito delle nostre strutture, solo dal personale incaricato della gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, in conformità alle disposizioni normative vigenti e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi.

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

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

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

La invitiamo, pertanto, a prestare alla Nostra Società, attraverso modalità tradizionali o automatizzate, il consenso al trattamento dei suoi dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte nonché al loro trasferimento verso paesi non appartenenti alla UE alle, ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

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

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

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

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

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

