

Pronto Protetto Via Special

La polizza in breve

Questa polizza serve per proteggere te stesso, la coppia e la famiglia dagli imprevisti quotidiani, garantendo delle somme giornaliere in caso di ricovero, convalescenza e ingessatura dovuti a infortunio. Tutti i piani della polizza inoltre prevedono il rimborso delle spese mediche dovute agli infortuni.

Puoi **personalizzare** la copertura scegliendo il **profilo** più adatto al tuo **stile di vita**.

OnTheMove: ideale per le **persone che si spostano di frequente**, questa versione raddoppia le somme giornaliere per ricovero e gesso in caso di infortunio da incidente stradale come pedone, conducente o passeggero;

HomeLover: per chi **ama godersi la casa**, questa formula raddoppia le somme per ricovero e gesso in caso di infortunio domestico;

Globetrotter: per chi **viaggia spesso**, questa formula offre il raddoppio della somma giornaliera per ricovero se l'infortunio si verifica all'estero;

Per ciascun profilo, oltre a scegliere se assicurare solo te stesso, il partner o l'intero nucleo familiare, puoi impostare il **livello di protezione**.



Questo documento contiene il set informativo.

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Pronto Protetto Via Special

Contratto di Assicurazione Infortuni stipulato a distanza con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:

- DIP Danni - Documento informativo precontrattuale danni
- DIP aggiuntivo Danni - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo danni
- Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa Privacy

Garanzie aggiuntive gratuite

Esonero dal pagamento dei premi

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia esonera il contraente della polizza *Pronto Protetto Via Special* dal pagamento dei premi in caso di perdita involontaria di impiego o inabilità temporanea totale

Garanzie di Assistenza

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre agli assicurati della polizza *Pronto Protetto Via Special* le garanzie di assistenza di seguito elencate: Consulto medico telefonico; Trasferimento sanitario programmato; Invio di un medico o di un'ambulanza in caso di urgenza; Invio fisioterapista; Invio collaboratrice domestica; Reperimento di presidi medico-chirurgici; Rientro anticipato; Spese di soccorso in toboga sulle piste da sci o trasporto in ambulanza; Spese di soccorso in elicottero sulle piste da sci; Spese di soccorso in elicottero durante trekking.

Per maggiori informazioni consulta le Condizioni di assicurazione relative alle garanzie aggiuntive gratuite che troverai allegate in calce al presente documento

Il contratto è stato predisposto secondo le linee guida "Contratti semplici e chiari" redatte da ANIA il 6 febbraio 2018.

Mod. PPVSWLG Ed. 2020/02

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



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

Prodotto:
Pronto Protetto Via Special

Questo documento è stato realizzato in data 19/02/2020 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Pronto Protetto Via Special di MetLife è la polizza infortuni che si prende cura della tua salute in Italia e all'estero, 24 ore su 24, al lavoro e nel tempo libero.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede un pacchetto di garanzie base **Active** al quale puoi abbinare un pacchetto di garanzie opzionale a scelta tra **OnTheMove**, **Globetrotter** e **HomeLover** per adattare la polizza al tuo stile di vita.

Pacchetto di Garanzie base **Active**:

- ✓ **Diaria da Ricovero da infortunio**
Somma assicurata: indennizzo giornaliero variabile in base al piano assicurativo scelto, fino ad un massimo di 120 giorni per persona e per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da Convalescenza post Ricovero da infortunio – valida solo in Italia**
Somma assicurata: indennizzo giornaliero pari alla metà dell'indennizzo previsto per la garanzia Diaria da Ricovero da infortunio, fino ad un massimo di 30 giorni per persona e per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da Gesso da infortunio**
Somma assicurata: indennizzo giornaliero pari alla metà dell'indennizzo previsto per la garanzia Diaria da Ricovero da infortunio, fino ad un massimo di 30 giorni per persona e per annualità assicurativa.
- ✓ **Rimborso Spese Mediche da infortunio**
Somma assicurata: l'importo delle spese mediche e di cura sostenute in caso di infortunio, fino ad un massimo di € 1.000,00 per persona e per annualità assicurativa.
Nell'ambito della prestazione massima di € 1.000,00, l'indennizzo massimo per spese mediche e di cura sostenute in mancanza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico è di € 500,00.

Pacchetti di Garanzie opzionali:

1. **OnTheMove**
In aggiunta a quanto previsto dal pacchetto **Active**, per le garanzie:
 - **Diaria da Ricovero**
 - **Diaria da Gesso**la somma assicurata è raddoppiata in caso di infortunio stradale.
2. **Globetrotter**
In aggiunta a quanto previsto dal pacchetto **Active**, per la garanzia:
 - **Diaria da Ricovero**la somma assicurata è raddoppiata in caso di infortunio avvenuto all'estero.
3. **HomeLover**
In aggiunta a quanto previsto dal pacchetto **Active**, per le garanzie:
 - **Diaria da Ricovero**
 - **Diaria da Gesso**la somma assicurata è raddoppiata in caso di infortunio domestico.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" del DIP aggiuntivo Danni;
- ✗ sono o sono state affette da alcolismo cronico, tossicodipendenza, HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- ✗ percepiscono una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le garanzie sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione, occupazione militare ed invasione; se l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- ! danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- ! delitti dolosi compiuti dall'assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- ! abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ! alcolismo;
- ! tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere;
- ! viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- ! attività sportive remunerate;
- ! infortuni antecedenti alla data di inizio della polizza;
- ! malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'infortunio;
- ! infarto.

Per la garanzia **Diaria da Ricovero** sono inoltre esclusi:

- ! i ricoveri occorsi in paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria; per l'elenco completo ed aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

Per la garanzia **Diaria da Gesso** sono inoltre escluse:

- ! le fratture delle ossa nasali, le infrazioni e le lesioni cartilaginee.

Per la garanzia **Rimborso Spese Mediche** è prevista:

- ! una franchigia pari al 10% con il minimo di € 100,00 per le prestazioni non erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Sono inoltre escluse:

- ! le cure odontoiatriche, le parodontopatie e le protesi dentarie;
- ! le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica e/o le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo prevalente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
- ! gli onorari versati a medici o altri professionisti intervenuti per la quantificazione e liquidazione del danno conseguente all'infortunio.



Dove vale la copertura?

GARANZIE VALIDE IN ITALIA

- ✓ Diaria da Ricovero da infortunio
- ✓ Diaria da Convalescenza post Ricovero da infortunio
- ✓ Diaria da Gesso da infortunio
- ✓ Rimborso Spese Mediche da infortunio

GARANZIE VALIDE ALL'ESTERO

- ✓ Diaria da Ricovero da infortunio
- ✓ Diaria da Gesso da infortunio
- ✓ Rimborso Spese Mediche da infortunio



Che obblighi ho?

Hai il dovere di pagare il premio.

In caso di sinistro, devi comunicarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia presentando i documenti elencati nel modulo di denuncia.



Quando e come devo pagare?

Il premio è annuale e comprensivo di imposta. Il primo mese di durata della polizza è gratuito. In caso di acquisto della polizza tramite sito internet puoi pagare il premio con la tua carta di credito su base mensile senza costi aggiuntivi. In caso di acquisto della polizza tramite telefonia vocale puoi scegliere di pagare il premio con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario o BancoPosta oppure con la tua carta di credito su base mensile, trimestrale o semestrale senza costi aggiuntivi.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia alle ore 24,00 della data di acquisto della polizza e rimane in vigore per un anno. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità e il contraente non abbia ancora compiuto 75 anni.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento puoi recedere entro 60 giorni dalla data di acquisto della polizza. In tal caso la polizza sarà annullata e ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato. Puoi inoltre recedere dalla polizza dopo ogni sinistro entro 60 giorni dalla data di pagamento o rifiuto dell'indennizzo. In tal caso ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.

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

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

Assicurazione Infortuni

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

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



Prodotto: Pronto Protetto Via Special

Questo documento è stato realizzato in data 19/02/2020 ed è l'ultimo disponibile.

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

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

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

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

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2017 è pari a € 1.607.899.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari a € 4.379.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 4.379.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 1.603.520.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 148%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 812.529.362 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.205.095.607. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 309.154.275. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Diaria da Ricovero da infortunio	In caso di ricovero in istituto di cura da infortunio, l'Impresa corrisponde la diaria prevista dal piano assicurativo scelto al momento dell'acquisto della polizza per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 120 giorni per assicurato e per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ il ricovero: - sia iniziato nel periodo di validità della polizza; - sia disposto da personale medico e documentato da cartella clinica; - comporti almeno un pernottamento in istituto di cura. Se hai scelto il <u>pacchetto OnTheMove</u>, la diaria è raddoppiata in caso di ricovero avvenuto a seguito di <u>infortunio stradale</u> occorso all'assicurato in qualità di: ▪ conducente di mezzo di trasporto privato; ▪ passeggero su mezzo di trasporto privato o mezzo di trasporto pubblico; ▪ pedone in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo. Se hai scelto il <u>pacchetto Globetrotter</u>, la diaria è raddoppiata in caso di ricovero avvenuto a seguito di <u>infortunio avvenuto all'estero</u>. Se hai scelto il <u>pacchetto HomeLover</u>, la diaria è raddoppiata in caso di ricovero avvenuto a seguito di <u>infortunio domestico</u>.
Diaria da Convalescenza post Ricovero da infortunio – valida solo in Italia	In caso di convalescenza successiva ad un ricovero in istituto di cura dovuto ad infortunio, l'Impresa corrisponde una diaria pari alla metà di quella prevista per la garanzia Diaria da Ricovero da infortunio per ogni giorno di convalescenza, fino ad un massimo di 30 giorni per assicurato e per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a partire dal giorno successivo a quello di dimissione dall'istituto di cura a condizione che: ▪ il ricovero sia stato indennizzato a termini di polizza; ▪ il periodo di convalescenza sia iniziato nel periodo di validità della 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.
Diaria da Gesso da Infortunio	In caso di frattura ossea a seguito di infortunio che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante, l'Impresa corrisponde una diaria pari alla metà di quella prevista per la garanzia Diaria da Ricovero da infortunio per ogni giorno in cui l'assicurato sia portatore di apparecchio gessato o tutore immobilizzante, fino ad un massimo di 30 giorni per assicurato e per annualità assicurativa. Sono inclusi in garanzia anche i distacchi parcellari. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ la frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'infortunio; ▪ l'apparecchio gessato o il tutore immobilizzante sia stato applicato e rimosso da personale medico. Per le fratture ossee di seguito riportate, purché radiologicamente accertate, l'Impresa corrisponde la prestazione sulla base dei giorni di riposo indicati nel certificato di Pronto Soccorso, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato: frattura del bacino; frattura dello sterno; frattura del femore; frattura della colonna vertebrale; frattura di una o più costole; frattura del cranio.

	Se hai scelto il <u>pacchetto OnTheMove</u>, la diaria è raddoppiata in caso di applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante a seguito di <u>infortunio stradale</u> occorso all'assicurato in qualità di: ▪ conducente di mezzo di trasporto privato; ▪ passeggero su mezzo di trasporto privato o mezzo di trasporto pubblico; ▪ pedone in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo. Se hai scelto il <u>pacchetto HomeLover</u>, la diaria è raddoppiata in caso di applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante a seguito di <u>infortunio domestico</u>.
Rimborso Spese Mediche da infortunio	In caso di infortunio, l'Impresa rimborsa le spese mediche e di cura sostenute entro 120 giorni dalla data dell'infortunio, fino ad un massimo di € 1.000,00 per assicurato e per annualità assicurativa. Nell'ambito della prestazione massima di € 1.000,00, l'indennizzo massimo per spese mediche e di cura sostenute in mancanza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico è di € 500,00. La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, previa deduzione di una franchigia pari al 10% con il minimo di € 100,00 per sinistro, a condizione che l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza. Qualora l'assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, l'Impresa rimborserà i ticket integralmente senza applicazione della franchigia.
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Piano assicurativo	Al momento dell'acquisto della polizza è possibile scegliere tra diversi piani assicurativi, ciascuno dei quali prevede somme assicurate differenti. Il premio varia in base al piano assicurativo scelto.
Piano di garanzie	Al momento dell'acquisto della polizza, in alternativa all'<u>opzione Individuo</u>, a protezione del solo contraente, è possibile scegliere: ▪ l'<u>opzione Coppia</u>, che estende la copertura al coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio del contraente; ▪ l'<u>opzione Famiglia</u>, che permette di assicurare, in aggiunta ai soggetti previsti dall'opzione Coppia, anche i figli del contraente.
Pacchetto di garanzie	Al momento dell'acquisto della polizza, in alternativa al <u>pacchetto Active</u>, è possibile scegliere: ▪ <u>pacchetto OnTheMove</u>: oltre alle garanzie del pacchetto Active, è previsto il raddoppio della prestazione per le garanzie Diaria da Ricovero e Diaria da Gesso in caso di infortunio stradale; ▪ <u>pacchetto Globetrotter</u>: oltre alle garanzie del pacchetto Active, è previsto il raddoppio della prestazione per la garanzia Diaria da Ricovero in caso di infortunio avvenuto all'estero; ▪ <u>pacchetto HomeLover</u>: oltre alle garanzie del pacchetto Active, è previsto il raddoppio della prestazione per le garanzie Diaria da Ricovero e Diaria da Gesso in caso di infortunio domestico.



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

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



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi: a) se, in corso di contratto, perdi i requisiti di assicurabilità o diventi soggetto non assicurabile; b) recesso dal contratto. Nel caso a) l'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto. Nel caso b) l'Impresa effettua il rimborso del premio al lordo delle imposte se il recesso avviene entro 60 giorni dall'inizio della polizza, oppure al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto se il recesso avviene a seguito di sinistro.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza cessa: ▪ in caso di decesso; ▪ se, in corso di contratto, perdi i requisiti di assicurabilità o diventi soggetto non assicurabile; ▪ in caso di recesso dal contratto; ▪ in caso di disdetta del contratto.
Sospensione	Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se, successivamente al primo mese gratuito, non paghi il premio o la prima rata di premio dovuta alla scadenza convenuta, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati. Allo stesso modo se, alle scadenze convenute, non paghi le rate di premio successive, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati. Puoi riattivare la polizza versando le rate di premio mancanti. In questo caso, la polizza riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto dovuto, senza efficacia retroattiva. Pertanto eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della polizza non saranno indennizzati.



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili le persone che al momento dell'acquisto della polizza:

- sono residenti in Italia;
- sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- con riferimento al contraente ed al coniuge/partner civile/convivente more uxorio del contraente, hanno un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti;
- con riferimento ai figli del contraente, non hanno ancora compiuto 26 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio): 1,30% del premio netto imposte.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati: METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma Tel. 06.492161 Fax 06.49216300 Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti". Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS – Servizio tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it . 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.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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. 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).

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Infortuni Pronto Protetto Via Special

Questo documento è stato realizzato in data 19/02/2020 ed è l'ultimo disponibile

INDICE

GLOSSARIO	2
SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI	3
Art. 1 – Caratteristiche del prodotto	3
Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo	4
2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto	4
2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo	4
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo	4
2.4 – Recesso	4
2.5 – Disdetta	4
Art. 3 – Premio assicurativo	5
3.1 – Premio	5
3.2 – Modalità di pagamento del Premio	5
3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi	5
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	5
Art. 5 – Aggravamento e Diminuzione del rischio in corso di Contratto	5
Art. 6 – Legge applicabile	5
Art. 7 – Prescrizione	6
Art. 8 – Risoluzione delle controversie	6
8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione	6
8.2 – Arbitrato	6
Art. 9 – Valuta	6
Art. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione	6
Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione	6
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO	6
Art. 12 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali	6
12.1 – Programma Assicurativo	6
12.2 – Opzioni contrattuali	7
Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie	7
Art. 14 – Piano assicurativo e Somma assicurata	7
Art. 15 – Persone assicurabili	7
Art. 16 – Esclusioni valide per tutte le garanzie	7
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO	8
Art. 17 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio	8
17.1 – Oggetto della garanzia	8
17.2 – Esclusioni	8
17.3 – Prestazione massima	8
Art. 18 – Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia	8
18.1 – Oggetto della garanzia	8
18.2 – Prestazione massima	9
Art. 19 – Diaria da Gesso a seguito di Infortunio	9
19.1 – Oggetto della garanzia	9
19.2 – Esclusioni	9
19.3 – Prestazione massima	9
Art. 20 – Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio	9
20.1 – Oggetto della garanzia	9
20.2 – Esclusioni	10
20.3 – Franchigia	10
20.4 – Prestazione massima	10

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO.....10

Art. 21 – Denuncia di Sinistro.....10

Art. 22 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro10

Art. 23 – Criteri per la determinazione dell’Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro11

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI11

Art. 24 – Richiesta di Informazioni11

Art. 25 – Reclami11

25.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni.....11

25.2 – Reclami all’Intermediario11

25.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza11

INFORMATIVA PRIVACY12

ALLEGATI

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - ESONERO DAL PAGAMENTO DEI PREMI

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE - GARANZIE DI ASSISTENZA

GLOSSARIO

Abitazione: l'insieme dei locali costituenti l'intero fabbricato unifamiliare oppure un'unità immobiliare destinati a civile abitazione - comprese le pertinenze (soffitte, cantine, giardini, balconi, ecc.) ed escluse le parti comuni condominiali (terrazzi, scale, androni, ecc.) - dove l'Assicurato ha la propria residenza e/o domicilio.

Alcolismo: abuso di bevande alcoliche, sia di tipo occasionale (alcolismo acuto o ebbrezza alcolica) sia di tipo abituale (alcolismo cronico).

Annualità assicurativa: periodo pari ad un anno, calcolato a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

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

Assicurato:

- il Contraente, se è stata scelta l'opzione Individuo;
- la Coppia, se è stata scelta l'opzione Coppia;
- il Nucleo Familiare, se è stata scelta l'opzione Famiglia.

Attività domestica: attività svolta all'interno dell'Abitazione, eccetto l'esercizio di una qualsiasi professione, arte o mestiere cui si dedichi abitualmente l'Assicurato.

Beneficiario: l'Assicurato.

Certificato di assicurazione: il documento che prova il Programma Assicurativo.

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

Conclusione del Contratto: il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'acquisto della Polizza tramite Sito internet o Telefonia vocale da parte del Contraente, in conformità con quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento IVASS n. 40/2018.

Contraente: la persona fisica che aderisce al Programma Assicurativo e sostiene l'onere economico del Premio.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con la Compagnia tramite Sito internet o Telefonia vocale.

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

Coppia: comprende le persone fisiche di seguito indicate:

- il Contraente;
- una delle seguenti persone a scelta del Contraente:
 - il coniuge del Contraente non divorziato o separato legalmente, presente nello stato di famiglia;
 - il partner unito civilmente con il Contraente (l. 76/2016) non divorziato;
 - il convivente more uxorio del Contraente stabilmente convivente con il Contraente nella stessa residenza.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento.

Decorrenza del Programma Assicurativo (del Contratto o della Polizza): il momento in cui le garanzie acquistano efficacia.

Diaria: indennità giornaliera.

Durata del Programma Assicurativo (del Contratto o della Polizza): il periodo di efficacia delle garanzie.

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Eestero: il territorio al di fuori dei confini dell'Italia.

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

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

Indennizzo: la somma dovuta dalla Compagnia al verificarsi del Sinistro coperto dal Programma Assicurativo.

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

Infortunio domestico: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che si verifica all'interno dell'Abitazione durante lo svolgimento di un'Attività domestica e dal quale derivino lesioni obiettivamente constatabili.

Infortunio stradale: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che si verifica sulla strada o sulle sue pertinenze, in cui rimangono coinvolti veicoli, esseri umani o animali, fermi o in movimento, e dal quale derivino lesioni obiettivamente constatabili.

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

Italia: il territorio della Repubblica italiana, comprese la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

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.

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 terrestre destinato al trasporto pubblico di persone e di cose.

Nucleo familiare: comprende le persone fisiche di seguito indicate:

- il Contraente;
- una delle seguenti persone a scelta del Contraente:
 - il coniuge del Contraente non divorziato o separato legalmente, presente nello stato di famiglia;
 - il partner unito civilmente con il Contraente (l. 76/2016) non divorziato;
 - il convivente more uxorio del Contraente, stabilmente convivente con il Contraente nella stessa residenza;
- i figli del Contraente, compresi i minori legalmente affidati od adottati, che siano presenti nello stato di famiglia e siano fiscalmente "a carico".

Premio: la somma versata alla Compagnia per le garanzie offerte.

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

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie offerte dalla Compagnia.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura che comporti almeno un pernottamento, disposta da personale medico e documentata da cartella clinica. Resta inteso che la permanenza in Istituto di cura o Pronto Soccorso senza che sia disposto il Ricovero da parte di personale medico non è indennizzabile a termini di Polizza.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è offerto il Programma Assicurativo.

Sito internet: pagina web della Compagnia utilizzata per la Conclusione del Contratto.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia 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 mediante l'uso del telefono.

Trattamento fisioterapico/rieducativo: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguite da un medico specialista regolarmente iscritto all'albo o da un professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni dell'apparato muscolo scheletrico.

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

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Pronto Protetto Via Special di MetLife è la polizza infortuni che si prende cura della tua salute in Italia e all'estero, 24 ore su 24, al lavoro e nel tempo libero.

Sono inclusi nel Programma Assicurativo 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 derivanti da movimenti tellurici e fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità civili e militari durante

servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi ed i voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;**

- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) insurrezione, occupazione militare ed invasione **per un periodo massimo di 14 giorni** dall'inizio delle ostilità, se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dallo Stato della Città del Vaticano in un paese fino ad allora in pace;
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza **che non siano provocati dall'abuso di psicofarmaci, dall'uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico o da Alcolismo;**
- le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti.**

La Compagnia assume il rischio sulla base delle comunicazioni del Contraente.

Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo

2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'acquisto della Polizza tramite Sito internet o Telefonia vocale da parte del Contraente, anche nel caso in cui quest'ultimo non dovesse restituire alla Compagnia il Certificato di assicurazione ricevuto. Resta inteso che l'Assicurato, prima della conclusione del Contratto, potrà scegliere la modalità di trasmissione (formato cartaceo o elettronico) della documentazione precontrattuale e contrattuale, nonché di eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia in corso di Contratto, e sarà informato circa la possibilità di cambiare, anche in corso di Contratto, la modalità prescelta senza alcun costo a suo carico.

2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 della data di acquisto della Polizza e rimane in vigore per un anno. Successivamente esso si intenderà **tacitamente rinnovato** di anno in anno a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a), b), il Contraente non abbia ancora compiuto 75 anni ed il Premio sia pagato, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 2.5.



Resta inteso che, nel caso in cui sia stata scelta l'**Opzione Famiglia**, il Programma Assicurativo rimane attivo:

- nei confronti del coniuge/partner civile/convivente more uxorio del Contraente, a condizione che alla data del rinnovo non abbia ancora compiuto 75 anni;
- nei confronti dei figli del Contraente, a condizione che alla data del rinnovo non abbiano ancora compiuto 26 anni.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso del Contraente;
- b) se, in corso di Contratto, il Contraente perde i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 15 lett. a), b) o diventa soggetto non assicurabile ai sensi dell'art. 15;
- c) in caso di recesso dal Contratto;
- d) in caso di disdetta del Contratto.

Nei casi a), d) non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nel caso b) la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nel caso c) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 2.4.



Se il Contraente ha scelto l'opzione Coppia e l'altro componente della Coppia perde i requisiti di assicurabilità, diventa soggetto non assicurabile o supera il limite di età previsto per il rinnovo della Polizza, il Contraente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo l'opzione Individuo.

Se il Contraente ha scelto l'opzione Famiglia ed un altro componente del Nucleo familiare perde i requisiti di assicurabilità, diventa soggetto non assicurabile o supera il limite di età previsto per il rinnovo della Polizza, il Programma Assicurativo rimane attivo se i soggetti assicurabili sono almeno 3. Diversamente il Contraente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo l'opzione Coppia o Individuo.

2.4 – Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dal Contratto, **entro 60 giorni** dalla data di conclusione del medesimo, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla stessa una **lettera raccomandata A/R**. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione.** In tal caso, la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Dopo ogni Sinistro, il Contraente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Contratto, dandone comunicazione all'altra parte con **lettera raccomandata A/R**, **entro 60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo. Il Contraente ha inoltre la possibilità di recedere dal Contratto contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione.** In tal caso, la Compagnia restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

2.5 – Disdetta

Il Contraente e la Compagnia hanno diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale del medesimo, dandone comunicazione all'altra parte con **lettera raccomandata A/R** e con **preavviso di 30 giorni** sulla data di scadenza. Il Contraente ha inoltre la possibilità di disdire il Contratto contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665**. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza annuale del Contratto ed il Programma Assicurativo non sarà rinnovato.

In caso di frazionamento del Premio, il Contraente ha inoltre la possibilità di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio (mensile, trimestrale o semestrale) con **preavviso di 30 giorni** sulla data di scadenza, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla stessa una **lettera raccomandata A/R**. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza del periodo assicurativo per il quale sono stati versati i premi ed il Programma Assicurativo non sarà rinnovato.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione, in base all'opzione contrattuale ed al piano assicurativo scelti al momento dell'acquisto della Polizza. Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

In caso di acquisto della Polizza tramite Sito internet, il Premio viene corrisposto alla Compagnia tramite carta di credito intestata al Contraente, con frequenza mensile senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente.

In caso di acquisto della Polizza tramite Telefonia vocale, il Premio viene corrisposto alla Compagnia tramite addebito diretto sul conto corrente bancario o BancoPosta o carta di credito intestati al Contraente, con la frequenza scelta dal medesimo ed indicata nel Certificato di assicurazione. La Compagnia consente il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale del Premio senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente.

Il primo mese di Durata del Programma Assicurativo è gratuito.

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se, successivamente al primo mese gratuito, il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio da lui dovuta alla scadenza convenuta, 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 dalla Compagnia.

Allo stesso modo se, alle scadenze convenute, il Contraente non paga le rate di Premio successive, 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 dalla Compagnia.

Il Contraente può 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 indennizzati dalla Compagnia.



Il Contraente dovrà assicurarsi che sul conto corrente bancario o BancoPosta o sulla carta di credito utilizzato/a per i pagamenti del Premio tramite addebito diretto vi siano fondi sufficienti. In caso di variazione dei dati relativi al conto corrente bancario o BancoPosta o alla carta di credito, il Contraente dovrà darne notizia alla Compagnia entro e non oltre **5 giorni** dalla data di variazione. Resta inteso che, qualora il pagamento del Premio non vada a buon fine per causa non imputabile al Contraente, il Programma Assicurativo non sarà sospeso, fermo l'onere per il Contraente di attivarsi senza ritardo ai fini della soluzione del problema.

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte della Compagnia, tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c. In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:

- sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, la Compagnia avrà diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, la Compagnia non sarà tenuta a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 c.c.;
- non sono causa di annullamento del Contratto quando l'Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, la Compagnia potrà recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dalla Compagnia, o prima che la Compagnia abbia dichiarato di recedere dal Contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 c.c.

Art. 5 – Aggravamento e Diminuzione del rischio in corso di Contratto

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. 15.

Art. 6 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 7 – Prescrizione

Le garanzie di cui al presente Contratto sono classificate nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. **Eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno pertanto indennizzati dalla Compagnia.**

Art. 8 – Risoluzione delle controversie

8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione

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 della Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

8.2 – Arbitrato

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, la Compagnia e il Contraente/Assicurato (di seguito 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. 9 – 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. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altri contratti di assicurazione per lo stesso rischio.

Non è possibile stipulare più di una Polizza Pronto Protetto Via Special per la stessa persona fisica. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, la Compagnia considererà valido esclusivamente il Contratto stipulato con la data più remota e restituirà al Contraente i premi incassati, al netto delle imposte, in relazione ai contratti stipulati successivamente.

Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione

La Compagnia rinuncia al diritto di surrogazione previsto dall'art. 1916 c.c. verso i terzi responsabili dell'Infortunio per il recupero dell'Indennizzo pagato.

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 12 – Programma Assicurativo ed opzioni contrattuali

12.1 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede un pacchetto di garanzie base *Active* al quale il Contraente può abbinare un pacchetto di garanzie opzionale a scelta tra *OnTheMove*, *Globetrotter* e *HomeLove* per adattare la polizza al suo stile di vita.

PACCHETTO DI GARANZIE BASE	GARANZIE
<i>Active</i>	✓ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio ✓ Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia ✓ Diaria da Gesso a seguito di Infortunio ✓ Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

PACCHETTI DI GARANZIE OPZIONALI	GARANZIE
<i>OnTheMove</i>	✓ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio - con raddoppio della prestazione in caso di Sinistro dovuto ad Infortunio stradale ✓ Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia ✓ Diaria da Gesso a seguito di Infortunio - con raddoppio della prestazione in caso di Sinistro dovuto ad Infortunio stradale ✓ Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio
<i>Globetrotter</i>	✓ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio - con raddoppio della prestazione in caso di Sinistro dovuto ad Infortunio avvenuto all'Estero ✓ Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia ✓ Diaria da Gesso a seguito di Infortunio ✓ Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio
<i>HomeLover</i>	✓ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio - con raddoppio della prestazione in caso di Sinistro dovuto ad Infortunio domestico ✓ Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia ✓ Diaria da Gesso a seguito di Infortunio - con raddoppio della prestazione in caso di Sinistro dovuto ad Infortunio domestico ✓ Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

12.2 – Opzioni contrattuali

Il Contraente, al momento dell'acquisto della Polizza, può scegliere una delle seguenti opzioni contrattuali:

- **Opzione Individuo:** le garanzie operano a favore del Contraente;
- **Opzione Coppia:** le garanzie operano a favore della Coppia, così come definita nel Glossario;
- **Opzione Famiglia:** le garanzie operano a favore del Nucleo familiare, così come definito nel Glossario.

Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie

Garanzie valide in Italia:

- Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio
- Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio
- Diaria da Gesso a seguito di Infortunio
- Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

Garanzie valide all'Estero:

- Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio
- Diaria da Gesso a seguito di Infortunio
- Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

Art. 14 – Piano assicurativo e Somma assicurata

Il Contraente, al momento dell'acquisto della Polizza, può scegliere tra diversi piani assicurativi, ciascuno dei quali prevede somme assicurate differenti. Il Premio varia in base al piano assicurativo scelto. Il piano assicurativo scelto e le corrispondenti somme assicurate sono indicate nel Certificato di assicurazione.

Art. 15 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che, al momento dell'acquisto della Polizza:

- siano residenti in Italia;
- siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- con riferimento al Contraente ed al coniuge/partner civile/convivente more uxorio del Contraente, abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti;
- con riferimento ai figli del Contraente, non abbiano ancora compiuto 26 anni.

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



Si rinvia a quanto stabilito all'art. 2.3, qualora l'Assicurato dovesse perdere i requisiti di assicurabilità o diventare soggetto non assicurabile **in corso di Contratto**.

Art. 16 – Esclusioni valide per tutte le garanzie



La Compagnia non sarà tenuta a prestare alcuna garanzia e non sarà obbligata a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto, qualora ciò possa esporre la stessa 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 escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione, occupazione militare ed invasione; se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- Alcolismo;
- tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere;
- viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- attività sportive remunerate;
- infortuni antecedenti alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo;
- Malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'Infortunio;
- infarto.

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 17 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

17.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero in Istituto di cura a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria prevista dal piano assicurativo scelto al momento dell'acquisto della Polizza, per ogni giorno di degenza con pernottamento.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- il Ricovero:
 - sia iniziato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
 - sia disposto da personale medico e documentato da cartella clinica;
 - comporti almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Al termine del periodo di validità del Programma Assicurativo, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza, **fino a concorrenza dei limiti indicati all'art. 17.3.**

Se il Contraente ha scelto il Pacchetto di Garanzie **OnTheMove**, la Diaria sopraindicata è **raddoppiata** in caso di Ricovero avvenuto a seguito di **Infortunio stradale** occorso all'Assicurato in qualità di:

- conducente di Mezzo di trasporto privato;
- passeggero su Mezzo di trasporto privato o Mezzo di trasporto pubblico;
- pedone in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo.

Se il Contraente ha scelto il Pacchetto di Garanzie **Globetrotter**, la Diaria sopraindicata è **raddoppiata** in caso di Ricovero avvenuto a seguito di **Infortunio avvenuto all'Estero**.

Se il Contraente ha scelto il Pacchetto di Garanzie **HomeLover**, la Diaria sopraindicata è **raddoppiata** in caso di Ricovero avvenuto a seguito di **Infortunio domestico**.

17.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16, sono esclusi dal Programma Assicurativo i ricoveri occorsi in paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico-sanitaria; per l'elenco completo ed aggiornato di tali paesi si rinvia all'apposita sezione del sito del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale.

17.3 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **120 giorni** per Assicurato e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.

Esempio

Considerata una Diaria pari a € 100,00 ed il limite massimo di 120 giorni per Annualità assicurativa, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura a seguito di Infortunio per 130 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 12.000,00.

Art. 18 – Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia

18.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Convalescenza dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero in Istituto di cura dovuto ad Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una Diaria pari alla metà di quella prevista per la garanzia Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio, per ogni giorno di Convalescenza.

La prestazione viene corrisposta a partire dal giorno successivo a quello di dimissione dall'Istituto di cura a condizione che:

- il Ricovero sia stato indennizzato a termini di Polizza;
- il periodo di Convalescenza sia iniziato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- 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.

18.2 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **30 giorni** per Assicurato e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.

Esempio

Considerata una Diaria pari a € 50,00 ed il limite massimo di 30 giorni per Annualità assicurativa, qualora sia prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 1.500,00.

Art. 19 – Diaria da Gesso a seguito di Infortunio

19.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio dell'Assicurato, che comporti l'applicazione di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una Diaria pari alla metà di quella prevista per la garanzia Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio, per ogni giorno in cui l'Assicurato sia portatore di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante. Sono inclusi in garanzia anche i distacchi parcellari.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- la Frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio;
- l'Apparecchio gessato o il Tutore immobilizzante sia stato applicato e rimosso da personale medico.

Per le fratture ossee di seguito riportate, purché radiologicamente accertate, la Compagnia corrisponde la prestazione sulla base dei giorni di riposo indicati nel certificato di Pronto Soccorso, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato: frattura del bacino; frattura dello sterno; frattura del femore; frattura della colonna vertebrale; frattura di una o più costole; frattura del cranio.

Se il Contraente ha scelto il Pacchetto di Garanzie **OnTheMove**, la Diaria sopraindicata è **raddoppiata** in caso di Frattura ossea con applicazione di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante a seguito di **Infortunio stradale** occorso all'Assicurato in qualità di:



- conducente di Mezzo di trasporto privato;
- passeggero su Mezzo di trasporto privato o Mezzo di trasporto pubblico;
- pedone in caso di investimento da parte di qualsiasi veicolo.

Se il Contraente ha scelto Pacchetto di Garanzie **HomeLover**, la Diaria sopraindicata è **raddoppiata** in caso di Frattura ossea con applicazione di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante a seguito di **Infortunio domestico**

Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzi che l'Assicurato sia affetto da osteoporosi o da altra Malattia delle ossa, la garanzia Diaria da Gesso a seguito di Infortunio opera con riferimento al Sinistro denunciato, dopodiché cesserà. Resta inteso che l'Assicurato potrà continuare ad usufruire di tutte le altre garanzie previste dal Programma Assicurativo.

In caso di sottoscrizione dell'**Opzione Coppia** o dell'**Opzione Famiglia**, la garanzia Diaria da Gesso a seguito di Infortunio continua ad operare nei confronti dell'altro componente della Coppia o degli altri componenti del Nucleo Familiare.

19.2– Esclusioni

In aggiunta alle esclusioni indicate all'art. 16, sono escluse dal Programma Assicurativo le fratture delle ossa nasali, le infrazioni e le lesioni cartilaginee.

19.3 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **30 giorni** per Assicurato e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e delle fratture ossee riportate durante l'Annualità assicurativa medesima.

Esempio

Considerata una Diaria pari a € 50,00 ed il limite massimo di 30 giorni per Annualità assicurativa, qualora venga applicato all'Assicurato un Apparecchio gessato per 40 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 1.500,00.

Art. 20 – Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

20.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, rimborsa al Beneficiario le spese mediche e di cura sostenute **entro 120 giorni** dalla data dell'Infortunio.

La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, previa deduzione della Franchigia, a condizione che l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Programma Assicurativo.

Le spese mediche e di cura oggetto di rimborso sono esclusivamente quelle relative a:

- accertamenti diagnostici;
- onorari per visite specialistiche;
- in caso di intervento chirurgico, onorari dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
- rette di degenza;
- medicinali riportati nel prontuario medico;
- trasporto dell'Assicurato al pronto soccorso con mezzi sanitari adibiti al soccorso medico;
- trattamento fisioterapico/rieducativo prescritto da medico specialista.

20.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16, sono escluse dal Programma Assicurativo:

- le cure odontoiatriche, le parodontopatie e le protesi dentarie;
- le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica e/o le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo prevalente avvenga nell'ambito della medicina estetica;
- gli onorari versati a medici o altri professionisti intervenuti per la quantificazione e liquidazione del danno conseguente all'Infortunio.

20.3 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta previa deduzione di una **Franchigia pari al 10%**, con il minimo di **€ 100,00** per Sinistro, che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborserà i ticket integralmente senza applicazione della Franchigia.

Esempio

L'esempio è formulato considerando spese mediche e di cura per complessivi € 900,00. In questo caso la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 800,00.

20.4 – Prestazione massima

La prestazione massima è pari a **€ 1.000,00** per Assicurato e per Annualità assicurativa.

Nell'ambito della prestazione massima sopraindicata, l'Indennizzo massimo in caso di spese mediche e di cura sostenute in mancanza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico è pari a **€ 500,00** per Assicurato e per Annualità assicurativa.

Esempi

- 1) Considerate spese mediche sostenute in mancanza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico per complessivi € 900,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 500,00.
- 2) Considerate:
 - spese mediche sostenute in mancanza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico per complessivi € 700,00;
 - spese mediche sostenute in presenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico per complessivi € 800,00;la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 1.000,00.
- 3) Considerate:
 - spese mediche sostenute in mancanza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico per complessivi € 700,00;
 - spese mediche sostenute in presenza di ricovero ospedaliero o intervento chirurgico per complessivi € 500,00;
 - la Franchigia pari al 10%, con il minimo di € 100,00;la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 900,00.

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 21 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al Numero Verde **800.319.665**. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

Art. 22 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

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

Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia

- Certificato/i medico/i originale/i attestante/i la necessità ed il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero

Diaria da Gesso a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Frattura ossea
- Certificati medici originali attestanti l'applicazione e rimozione dell'Apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante

Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Parcele, distinte e ricevute di pagamento in originale

In tutti i casi sarà necessario anche allegare:

- Se il Sinistro riguarda il coniuge o il figlio del Contraente, Stato di famiglia del Contraente al momento del Sinistro in originale
- Se il Sinistro riguarda il partner civile del Contraente, documentazione attestante l'unione civile in originale
- Se il Sinistro riguarda il convivente more uxorio del Contraente, certificato di residenza del convivente more uxorio al momento del Sinistro in originale

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere gli **originali di Polizza** qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della Compagnia e/o quest'ultima contesti l'autenticità della Polizza o di altra documentazione contrattuale.

Art. 23 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nella Sezione III - agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" – per ciascuna garanzia offerta.

In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI**Art. 24 – Richiesta di Informazioni**

L'Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata contattando la Compagnia al Numero Verde 800.319.665, attraverso il sito web www.metlife.it cliccando su "Assistenza Clienti", oppure scrivendo all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

L'Assicurato ha inoltre la possibilità di accedere ad un'area riservata, disponibile sul sito web della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

Art. 25 – Reclami**25.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni**

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

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

25.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati direttamente alla sua sede e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Ove il reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

25.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito, nonché quelli ai quali non sia stato fornito riscontro nei termini sopraindicati, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);
- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;

- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi.

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

- nome, cognome e domicilio del reclamante;
- soggetto o soggetti di cui si lamenta l'operato;
- descrizione dei motivi della lamentela ed eventuale documentazione a sostegno della stessa;
- documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia o dall'Intermediario.

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

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

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

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

MetLife crede fortemente nella protezione della riservatezza e della sicurezza dei dati personali della propria clientela. Questo documento si riferisce alla nostra "Informativa Privacy" e descrive come utilizziamo i suoi dati personali che raccogliamo e riceviamo nel rispetto della Legge Italiana in materia di Privacy (D.Lgs n. 196/2003 o "Codice Privacy", sue successive modifiche e integrazioni, Regolamento (UE) 2016/679 o "GDPR" e relativa legge di attuazione).

Desideriamo informarla che, al fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, nonché per verificare la qualità dei servizi resi, MetLife ha bisogno di trattare i soli dati personali che la riguardano necessari per stipulare ed eseguire il contratto (es. nome, recapiti, incluso e-mail e numeri telefonici, età, data di nascita, sesso, occupazione, etc.) che possono essere acquisiti:

- direttamente da lei;
- 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.

Tenuto conto che nella stipula e gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe fornire dati di terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo (ad es. per la designazione beneficiaria o del referente terzo, per l'estensione della copertura ad altri soggetti, quali il nucleo familiare, testimoni, etc.) le precisiamo che è suo onere, fornire la presente informativa ai terzi suddetti, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.

Ai fini dell'emissione e gestione della polizza, potrebbe fornire a MetLife o agli altri intermediari assicurativi che collaborano con MetLife, eventuali dati che la normativa qualifica come "particolari categorie di dati personali" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. la liquidazione di un eventuale sinistro). Per "dato particolare" 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 o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale.

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

Desideriamo inoltre informarla che la presente Informativa viene resa da MetLife anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. "catena assicurativa", ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007.

Quali sono i suoi diritti?

Il diritto ad essere informato attraverso un'informativa chiara, trasparente e facilmente comprensibile in merito ai suoi diritti e al trattamento dei suoi dati personali, incluse le particolari categorie di dati.

Il diritto di accesso ai suoi dati personali oggetto di trattamento da parte nostra, per verificare che stiamo utilizzando i suoi dati personali nel rispetto della Legge in materia di protezione dei dati.

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

Il diritto alla cancellazione dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuare ad utilizzarli (c.d. "diritto all'oblio"). Non si tratta di un diritto assoluto alla cancellazione. Potremmo avere il diritto o l'obbligo di conservare alcune informazioni, ad esempio nel caso in cui ciò sia necessario per adempiere ad un obbligo legale - incluso il mantenimento della copertura assicurativa per il tempo contrattualmente previsto - o qualora vi sia un altro valido motivo giuridico per conservarle.

Il diritto alla limitazione del trattamento. In alcune situazioni lei ha il diritto di "bloccare" o limitare un ulteriore utilizzo delle sue informazioni. Quando il trattamento viene limitato, possiamo ancora archiviare le sue informazioni ma non utilizzarle ulteriormente. Teniamo inoltre degli elenchi delle persone che hanno fatto richiesta per "bloccare" un utilizzo ulteriore dei loro dati personali, al fine assicurare che la limitazione del trattamento venga rispettata in futuro.

Il diritto alla portabilità dei dati. Ha il diritto di ottenere copia di alcuni dei suoi dati personali che tratteniamo e riutilizzarli e condividerli per i suoi scopi personali. Il diritto alla portabilità si applica solamente:

- ai dati personali che ci ha fornito (i.e. non si applica ad ogni altra informazione);
- se il trattamento si basa sul consenso o è necessario per l'adempimento di un contratto;
- se il trattamento è svolto attraverso mezzi automatizzati.

Il diritto di opporsi al trattamento. Ha il diritto ad opporsi a certi tipi di trattamento dei dati, incluso quello per finalità di marketing diretto (che facciamo solo previo suo consenso).

Diritti relativi al processo decisionale automatizzato, inclusa la profilazione. Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela per offrire i prodotti coerenti alle esigenze assicurative oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare o la durata della copertura. Ciò implica che dal profilo di rischio riscontrato, potrebbe essere considerato non eleggibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisionali automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a info.privacy@metlife.it.

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

Come contattarci o chiedere aiuto

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

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

Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, e-mail, messaggi SMS, messaggistica istantanea o attraverso altri mezzi di comunicazione elettronici. Archiviamo le chiamate ed altre registrazioni di comunicazioni in sicurezza secondo quanto previsto dalle nostre politiche di conservazione dalle altre Leggi applicabili. L'accesso a tali registrazioni è limitato agli individui che hanno la necessità di accedervi per le finalità indicate nella presente Informativa.

Come proteggiamo i suoi dati personali

La sicurezza e la riservatezza dei suoi dati personali è fondamentale per noi. Noi disponiamo di misure tecniche, amministrative e fisiche implementate per:

- proteggere i suoi dati personali da accessi non autorizzati e da utilizzi impropri;
- rendere sicuri i nostri sistemi IT e salvaguardare le informazioni;
- assicurare di poter ripristinare i suoi dati nei casi in cui gli stessi siano stati corrotti o persi in situazioni di *disaster recovery*.

Laddove appropriato, utilizziamo la cifratura o altre misure di sicurezza che noi riteniamo appropriate per proteggere i suoi dati personali. Inoltre, rivediamo le nostre misure di sicurezza periodicamente per considerare appropriate nuove tecnologie e per aggiornare le procedure. Ma, nonostante i nostri ragionevoli sforzi, nessuna misura di sicurezza è perfetta o impenetrabile.

Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

Previo suo consenso, le offriamo l'opportunità di essere contattato per ricevere materiale promozionale in relazione ai prodotti, offerte speciali o servizi che riteniamo possano essere di suo interesse e comunicazioni commerciali (c.d. marketing diretto). Tali comunicazioni potranno essere effettuate, previo consenso, sulla base di una preventiva attività di profilazione, volta ad individuare i suoi specifici interessi.

Nel caso in cui non volesse più ricevere materiale pubblicitario o promozionale, le offriamo delle semplici modalità per comunicarcelo. Ogni qual volta riceverà direttamente una comunicazione commerciale le verrà detto come potrà ottenere la cancellazione dell'iscrizione. Lei potrà anche selezionare l'opzione "disiscrizione" per ogni comunicazione marketing che le inviamo via mail o modificare le proprie preferenze attraverso il nostro sito web www.metlife.it, scrivendo a MetLife Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure attraverso l'indirizzo e-mail info.privacy@metlife.it.

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

Taluni suoi dati potrebbero, inoltre, essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente alla 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 e, 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.

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

La nostra Policy relativa alla conservazione dei dati personali è conforme a leggi e disposizioni in materia di protezione e conservazione di dati personali applicabili specificatamente al settore assicurativo. Esse stabiliscono per quanto tempo possiamo conservare diverse tipologie di dati personali che conserviamo e aggiorniamo regolarmente, fino a 10 anni dalla proposta (qualora non finalizzata) o dalla cessazione della polizza (per gli assicurati o aventi diritto alla prestazione assicurativa).

Cancelliamo in modo sicuro i suoi dati personali quando non abbiamo più motivo di conservarli. L'utilizzo dei dati per effettuare indagini statistiche e di mercato avviene in anonimato.

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

Consenso al trattamento di particolari categorie di dati personali (ad es., informazioni attestanti il suo stato di salute e riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche): per consentirci di svolgere le verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. liquidazione di un eventuale sinistro) potremmo aver bisogno di trattare i suoi dati personali e sanitari che ci ha fornito o richiederle in futuro di fornirceli. La raccolta dei suoi dati sanitari ai fini dell'assunzione medica può avvenire anche telefonicamente sul numero di contatto eventualmente fornito al momento dell'adesione. Ciò potrebbe includere la necessità di (i) condividere tali dati con medici od altri consulenti professionali che ci assistono nell'emissione della polizza o nell'assunzione medica o nel gestire una sua richiesta, reclamo o sinistro o nell'amministrazione della polizza (ii) trasferirli verso paesi non appartenenti alla UE ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

Consenso ad essere ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e ricerche di mercato: vorremmo poterla contattare per proporle contenuti esclusivi, offerte e informazioni relative ai prodotti e servizi MetLife nonché per il compimento di ricerche di mercato. Tali contatti potranno avvenire attraverso modalità automatizzate (es. e-mail e/o sms) o tradizionali (es. posta cartacea e/o telefonata tramite operatore).

Consenso a sottoporre i suoi dati a profilazione per finalità commerciali: vorremmo poter utilizzare i suoi dati personali in nostro possesso per individuare i suoi specifici interessi sulla base di una preventiva attività di profilazione. Per profilazione s'intende qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali, svolto anche attraverso decisioni automatizzate, volta a valutare determinati aspetti personali e/o abitudini al fine di farle pervenire le nostre proposte commerciali più aderenti al suo profilo.

Per **revocare il consenso reso** può contattarci ai recapiti forniti nella sezione "[Come contattarci o chiedere aiuto](#)". Ricordiamo tuttavia che **la revoca del consenso non pregiudica la liceità dei trattamenti effettuati prima della sua revoca.**

La invitiamo a visionare la pagina web del nostro sito internet (www.metlife.it) nella sezione dedicata all'Informativa Privacy:

- per avere **informazioni più dettagliate** sull'Informativa Privacy, sui suoi diritti in tale ambito e sulla terminologia utilizzata;
- per avere **aggiornamenti** in caso di modifiche alla presente Nota Informativa e alle modalità con cui raccogliamo, utilizziamo o condividiamo i suoi dati personali.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Esonero dal pagamento dei premi

Questo documento è stato aggiornato in data 19/02/2020 ed è l'ultimo disponibile

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia esonera gratuitamente il contraente della polizza *Pronto Protetto Via Special* dal pagamento dei premi in caso di Perdita Involontaria di Impiego o Inabilità Temporanea Totale. La garanzia Perdita Involontaria di Impiego viene offerta da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in virtù della Convenzione assicurativa n. CL/19/004 stipulata in qualità di contraente con MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Per tutto quanto non espressamente richiamato nelle Condizioni di Assicurazione troverà applicazione quanto disciplinato nel Set informativo relativo alla polizza *Pronto Protetto Via Special*.

GLOSSARIO

Assicurato: il contraente della polizza *Pronto Protetto Via Special*.

Carenza: periodo di tempo, immediatamente successivo alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo, durante il quale la garanzia è sospesa. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

Compagnia: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia. La garanzia Perdita Involontaria di Impiego viene offerta da MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in virtù della Convenzione assicurativa n. CL/19/004 stipulata in qualità di contraente con MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Decorrenza del Programma Assicurativo: il momento in cui le garanzie acquistano efficacia.

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Franchigia: periodo di tempo superato il quale la Compagnia indennizza il Sinistro.

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

Programma Assicurativo: l'insieme delle garanzie offerte dalla Compagnia.

Sinistro: il verificarsi dell'evento per cui sono offerte le garanzie.

Art. 1 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- **Perdita Involontaria di Impiego** a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo;
- **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di Infortunio o Malattia.

Le garanzie sono offerte all'Assicurato gratuitamente ed **in via alternativa** in base alla **condizione lavorativa** del medesimo al momento dell'acquisto della Polizza *Pronto Protetto Via Special*.

PERDITA INVOLONTARIA DI IMPIEGO	O IN ALTERNATIVA	INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE
▪ Lavoratori dipendenti del settore privato - con anzianità di almeno 12 mesi consecutivi presso lo stesso datore di lavoro - con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana - che non lavorano presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado		▪ Lavoratori dipendenti del settore privato che non possiedono i requisiti richiesti per la garanzia Perdita Involontaria di Impiego ▪ Lavoratori dipendenti del settore pubblico ▪ Lavoratori autonomi ▪ Lavoratori domestici ▪ Non lavoratori



Qualora l'Assicurato dovesse cambiare la propria condizione lavorativa in corso di contratto, la garanzia Perdita Involontaria di Impiego cessa dalla medesima data e sarà automaticamente sostituita dalla garanzia Inabilità Temporanea Totale e viceversa.

Art. 2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalla data di inizio della polizza *Pronto Protetto Via Special* e rimane in vigore per il periodo di durata della polizza *Pronto Protetto Via Special*.

Art. 3 – Garanzie del Programma Assicurativo

3.1 – Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dovuto a giustificato motivo oggettivo

a. Oggetto della garanzia

In caso di Perdita Involontaria di Impiego a seguito di licenziamento dell'Assicurato dovuto a giustificato motivo oggettivo - Legge n. 604/1966 art. 3 - la Compagnia, fermi i casi di esclusione, esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi in scadenza nei 12 mesi successivi alla data di accertamento del diritto alla prestazione da parte della Compagnia, a

condizione che la Perdita Involontaria di Impiego non si verifichi nel periodo di Carenza ed abbia una durata superiore al periodo di Franchigia. La Compagnia esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi per 12 mesi anche qualora il periodo di disoccupazione dovesse avere una durata inferiore.

	Per poter beneficiare di questa garanzia è necessario che l'Assicurato, alla data di notifica del licenziamento: ▪ eserciti una professione di lavoro dipendente del settore privato con contratto di lavoro a tempo indeterminato soggetto alla legge italiana; ▪ non eserciti tale professione presso il coniuge, un parente entro il 3° grado o un affine entro il 2° grado; ▪ abbia superato il periodo di prova; ▪ sia stato licenziato per giustificato motivo oggettivo (come definito nell'art. 3 della Legge n. 604/1966); ▪ sia in possesso dei requisiti previsti dalla legge come disoccupato totale alla ricerca attiva di occupazione.
---	---

Qualora durante il periodo di Durata del Programma Assicurativo, l'Assicurato venga nuovamente licenziato, la garanzia sarà riattivata - senza limiti di cumulo - al ricorrere di tutti i requisiti suddetti e decorso il periodo di Franchigia.

b. Esclusioni

Sono esclusi dal Programma Assicurativo:

- i licenziamenti notificati prima della data di decorrenza della polizza *Pronto Protetto Via Special* o durante il periodo di Carenza;
- i licenziamenti dovuti a motivi disciplinari o professionali;
- i licenziamenti tra coniugi, parenti entro il 3° grado e affini entro il 2° grado;
- le dimissioni e le risoluzioni consensuali del contratto di lavoro;
- le cessazioni – anticipate o alla loro scadenza – dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim;
- il raggiungimento dell'età di quiescenza o dell'età necessaria per l'erogazione della pensione anticipata (ex pensione di anzianità) ovvero in caso di applicazione del regime di prepensionamento;
- le situazioni di disoccupazione, riduzione o sospensione dell'attività lavorativa che diano luogo all'indennizzo da parte della cassa integrazione guadagni ordinaria, edilizia o straordinaria o da parte di qualunque altro fondo di assistenza nei confronti del lavoratore secondo quanto previsto dalla normativa vigente applicabile.

c. Carenza

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Sinistro non si verifichi nel periodo di Carenza pari a **30 giorni consecutivi** a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

d. Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che il periodo di inattività lavorativa abbia una durata superiore al periodo di Franchigia pari a **30 giorni consecutivi** a partire dal primo giorno di interruzione del lavoro.

3.2 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

a. Oggetto della garanzia

In caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di infortunio o malattia che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione, se lavoratore, o di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana riportate di seguito (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) se non lavoratore, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi in scadenza nei 12 mesi successivi alla data di accertamento del diritto alla prestazione da parte della Compagnia, a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia e sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea. La Compagnia esonera l'Assicurato dal pagamento dei premi per 12 mesi anche qualora l'Inabilità Temporanea Totale dovesse avere una durata inferiore.

Qualora durante il periodo di Durata del Programma Assicurativo, l'Assicurato venga nuovamente riconosciuto inabile, la garanzia sarà riattivata - senza limiti di cumulo - al ricorrere di tutti i requisiti suddetti e decorso il periodo di Franchigia.

b. Esclusioni

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione, occupazione militare ed invasione; se l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino e dallo Stato della Città del Vaticano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- delitti dolosi compiuti dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- Alcolismo;
- tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere;
- viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- attività sportive remunerate;
- infortuni antecedenti alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo;
- malattie mentali o nervose se causa o concausa dell'Infortunio;

- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

c. Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia pari a **30 giorni consecutivi**. La Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di inabilità.

Art. 4 – Denuncia di sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al Numero Verde **800.319.665**. La denuncia dovrà essere completa dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo della documentazione potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella sopra indicata, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate. **L'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.**

Art. 5 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Perdita Involontaria di Impiego

- Lettera di licenziamento in originale o copia conforme all'originale
- Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione

Inabilità Temporanea Totale

- Certificato medico attestante le cause ed il periodo dell'inabilità temporanea totale
- Dichiarazione in originale rilasciata dal datore di lavoro attestante l'intero periodo di inabilità lavorativa (solo per lavoratori dipendenti)
- Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:

- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero
- Verbale del Pronto Soccorso

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

PRONTO PROTETTO VIA SPECIAL

Dati del Contraente

Nome:										Cognome:											
CF:										Sesso: ☐ M ☐ F											
Data di Nascita:										Luogo di Nascita:										Prov.:	
Indirizzo:										Cap:					Comune:					Prov.:	
Recapito Telefonico:										Indirizzo E-mail:											

Dati dell'Assicurato che ha subito il Sinistro

Nome:										Cognome:											
CF:										Sesso: ☐ M ☐ F											
Data di Nascita:										Luogo di Nascita:										Prov.:	
Indirizzo:										Cap:					Comune:					Prov.:	
Recapito Telefonico:										Indirizzo E-mail:											

Garanzia per la quale si richiede l'Indennizzo

- | | |
|--|--|
| ☐ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio
☐ Diaria da Gesso a seguito di Infortunio
☐ Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio
☐ Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio | Esonero dal pagamento dei premi per:
☐ Inabilità Temporanea Totale
☐ Perdita Involontaria di Impiego |
|--|--|

Data evento:										Ora:										Luogo:									
Descrizione delle cause e delle circostanze:																													

Riferimenti di Conto Corrente

Intestatario:																													
IBAN:																													
CODICE PAESE		CODICE CONTROLLO		CIN		ABI				CAB				NUMERO DI CONTO CORRENTE															

Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro

o da inviare successivamente qualora non ancora disponibile alla data di invio della denuncia

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

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

Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio – valida solo in Italia

- Certificato/i medico/i originale/i attestante/i la necessità ed il periodo di Convalescenza successivo al Ricovero

Diaria da Gesso a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Frattura ossea
- Certificati medici originali attestanti l'applicazione e rimozione dell'Apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante

Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Parcelle, distinte e ricevute di pagamento in originale

Perdita Involontaria di Impiego

- Lettera di licenziamento in originale o copia conforme all'originale
- Scheda anagrafico-professionale o modello C/2 storico rilasciato dal centro per l'impiego attestante il periodo di disoccupazione

Inabilità Temporanea Totale

- Certificato medico attestante le cause ed il periodo dell'inabilità temporanea totale
- Dichiarazione in originale rilasciata dal datore di lavoro attestante l'intero periodo di inabilità lavorativa (solo per lavoratori dipendenti)
- Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:

- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero
- Verbale del Pronto Soccorso

In tutti i casi sarà necessario anche allegare:

- Se il Sinistro riguarda il coniuge o il figlio del Contraente, Stato di famiglia del Contraente al momento del Sinistro in originale
- Se il Sinistro riguarda il partner civile del Contraente, documentazione attestante l'unione civile in originale
- Se il Sinistro riguarda il convivente more uxorio del Contraente, certificato di residenza del convivente more uxorio al momento del Sinistro in originale

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere gli **originali di Polizza** qualora il Beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione in possesso della Compagnia e/o quest'ultima contesti l'autenticità della Polizza o di altra documentazione contrattuale

Informativa Privacy

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

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa e riportate nell'informativa sulla Privacy integralmente consultabile nella nostra pagina web dedicata alla Privacy sul sito www.metlife.it, la informiamo che i dati personali, incluse le particolari categorie di dati¹, da lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati da MetLife al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe esser necessario disporre dei dati di terzi (a titolo esemplificativo dell'assicurato, se diverso dal contraente, del beneficiario, dell'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere consegnare la presente informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. Il trattamento di tali dati risulta pertanto necessario alla valutazione della richiesta di indennizzo.

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

Tali dati potranno, inoltre, essere comunicati e trattati da società e/o professionisti di nostra fiducia o da pubbliche Autorità², qualora necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali, per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri, per la condivisione di informazioni connesse alla gestione di eventuali contenzioni, nonché per l'adempimento di obblighi di legge. L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Società.

La invitiamo a consultare l'informativa Privacy di MetLife sul sito www.metlife.it, dove troverà ogni ulteriore informazione e aggiornamenti in merito a quali sono i suoi diritti e come esercitarli (cioè l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'opposizione al trattamento, la portabilità dei dati e il diritto di ottenere chiarimenti in merito alle decisioni automatizzate) i recapiti del Responsabile della Protezione dei dati per ogni comunicazione o reclamo, il periodo di conservazione dei suoi dati, i soggetti a cui i dati possono essere comunicati per la gestione del contratto, anche se in paesi fuori dall'Unione Europea, nel rispetto delle disposizioni di legge e Regolamento vigenti per la tutela della Privacy.

Presa visione dell'Informativa Privacy e consenso al trattamento delle particolari categorie di dati

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte di MetLife - in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, **acconsento al trattamento dei dati sanitari ai fini della trattazione del sinistro.**

☒	/ /	Firma dell'Assicurato / Esercente la potestà o del tutore per assicurati minorenni
	Data (gg/mm/aa)	
☒	/ /	Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato
	Data (gg/mm/aa)	

¹ Per "particolari categorie di dati personali", ai sensi della normativa vigente, si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute dell'interessato, nonché 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, la vita sessuale e i dati giudiziari.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Garanzie di Assistenza – Polizza Collettiva n. 300519

Questo documento è stato aggiornato in data 19/02/2020 ed è l'ultimo disponibile

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia offre gratuitamente agli assicurati della polizza *Pronto Protetto Via Special* le garanzie di Assistenza più avanti elencate, in virtù della Polizza Collettiva n. 300519, stipulata in qualità di Contraente con Inter Partner Assistance SA Rappresentanza Generale per l'Italia.

MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia è esonerata da qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni di Assistenza previste.

GLOSSARIO

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero colui che ha aderito alla polizza infortuni *Pronto Protetto Via Special*.

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 della Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A.

Centrale Operativa: la struttura organizzativa di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A., Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma, costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che in virtù di preesistente convenzione con la Società 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 d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 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.

Familiare: la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (il coniuge non separato presente nello stato di famiglia, il partner civile, il convivente more uxorio con lui stabilmente convivente come risultante dal certificato di Residenza, i figli presenti nello stato di famiglia e fiscalmente "a carico").

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.

Malattia: ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio.

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: la polizza di Assistenza offerta gratuitamente all'Assicurato da parte della Contraente.

Premio: la somma dovuta dalla Contraente alla Società.

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 Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.

Art. 1 – Assicurati

L'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato e del suo Familiare così come indicato nel Glossario in caso di sottoscrizione di apposita opzione, purché presente nell'elenco degli aventi diritto.

Art. 2 – Estensione territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole prestazioni, l'assicurazione è valida per i sinistri avvenuti nella Repubblica Italiana.

Art. 3 – Operatività della Polizza

Salvo quanto diversamente specificato all'interno delle singole prestazioni, la garanzia opera:

- 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 (tre) 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 (quarantotto) ore.

Art. 4 – Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, 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 c.c.

Art. 5 – Altre assicurazioni

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1910 c.c., è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi.

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve tuttavia darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art. 1910 c.c.

Art. 6 – Rimborso delle somme spese per prestazioni indebitamente ricevute

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di Polizza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge.

Art. 7 – Modalità di accesso alla Centrale operativa

Per la fornitura delle prestazioni la Società si impegna a mettere a disposizione degli assicurati la propria Centrale Operativa in funzione 24 ore su 24, accessibile tramite il Numero Verde dedicato a chiamata gratuita 800.221812 e la linea urbana +39 06. 42 115 781.

Art. 8 – Comunicazioni per l'operatività della polizza

Per l'attivazione della copertura è necessario rientrare nell'elenco degli aventi diritto alle prestazioni, ovvero aver aderito alla polizza infortuni *Pronto Protetto Via Special* emessa dalla Contraente. È a cura della Contraente la raccolta e l'invio alla Società dell'elenco contenente i dati identificativi degli assicurati beneficiari dei servizi assicurativi.

Art. 9 – Decorrenza e durata delle singole coperture

Le coperture di Assistenza decorrono dalla data di inizio della polizza *Pronto Protetto Via Special* e rimangono in vigore per il periodo di durata della polizza *Pronto Protetto Via Special*.

Art. 10 – Documentazione per gli assicurati

La Contraente si impegna a mettere a disposizione degli assicurati copia delle "Condizioni di Assicurazione per l'Assicurato", contenenti le informazioni sulla Compagnia, la descrizione delle prestazioni fornite e le relative limitazioni ed esclusioni.

Il mancato adempimento di tale onere comporterà responsabilità diretta della Contraente nei confronti dell'Assicurato nonché per eventuali danni subiti dalla Società o sanzioni pecuniarie alla stessa comminate.

Art. 11 – Limiti di esposizione e loro superamento

I massimali indicati per le prestazioni assicurative previste in Polizza, si intendono al lordo di qualsiasi imposta o altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una prestazione, sempreché contemplata e preventivamente autorizzata dalla Società, saranno rimborsate previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), ferme restando le eventuali esclusioni e/o franchigie previste.

Nel caso in cui la prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai massimali fissati in Polizza, la Società potrà, su richiesta dell'Assicurato, provvedere all'anticipo degli stessi previa presentazione di opportuna garanzia ritenuta tale ad insindacabile giudizio della Società.

L'Assicurato dovrà comunque provvedere alla restituzione della somma anticipata entro 30 (trenta) giorni dall'erogazione della stessa; trascorso tale termine la Società potrà richiedere anche i relativi interessi al corrente tasso legale.

Art. 12 – Mancato utilizzo delle prestazioni / limiti di responsabilità

In caso di prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per sua negligenza, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto. La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento dovuto all'intervento delle Autorità del paese nel quale è prestata l'Assistenza o a causa di forza maggiore o circostanza fortuita ed imprevedibile.

Art. 13 – Valuta di pagamento

I rimborsi vengono corrisposti in Italia in euro. Nel caso di spese sostenute in paesi non appartenenti all'Unione Europea, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

Art. 14 – Foro competente

Il Foro competente è esclusivamente quello del luogo ove ha sede l'Assicurato.

Art. 15 – Termine di prescrizione

Il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c.

Art. 16 – Rinvio alle norme di legge

Per quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme dettate in materia dalla Legge italiana.

Art. 17 – Prestazioni Garantite

Il Programma Assicurativo comprende le garanzie di Assistenza di seguito elencate. Le garanzie operano esclusivamente a seguito di Infortunio.

01 – Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell'anno, è a disposizione dell'Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a 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, ma farà il possibile per mettere rapidamente l'Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

02 – Trasferimento sanitario programmato (prestazione valida in Italia)

Previo 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 costi a carico della Società e 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.

03 – 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.

La prestazione viene fornita con costi a carico della Società.

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.

Massimale: € 600,00

04 – Invio fisioterapista (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato necessiti, nei 10 (dieci) 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 dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni

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

05 – Invio collaboratrice domestica (prestazione valida in Italia)

Qualora l'Assicurato versi in condizione di temporanea inabilità, comprovata da certificazione del medico curante, nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura presso cui era ricoverato, potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio Domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di **€ 30,00** per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per Sinistro.

06 – Reperimento di presidi medico-chirurgici

Qualora all'Assicurato, al momento della dimissione dal luogo di cura ove è stato ricoverato, venisse prescritto da parte dei medici che lo hanno avuto in cura uno dei seguenti presidi medico-chirurgici:

- stampelle;
- sedia a rotelle;
- materasso antidecubito;

la Centrale Operativa provvederà a reperirlo in comodato d'uso per il periodo necessario alle esigenze dell'Assicurato sino ad un massimo di 60 giorni per Sinistro.

Se per cause indipendenti alla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tali presidi, la Società provvederà a rimborsare le spese relative al noleggio dei presidi stessi, fino alla concorrenza di **€ 300,00** per Sinistro.

Il massimale sopracitato si intende comprensivo delle eventuali spese di consegna e ritiro presso il Domicilio dell'Assicurato.

07 – Rientro anticipato

Qualora l'Assicurato abbia necessità di rientrare al proprio Domicilio in Italia prima della data programmata, a causa di ricovero superiore a 48 (quarantotto) ore o decesso di un familiare (coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora), la Centrale Operativa fornirà un biglietto di viaggio di sola andata (ferroviario di prima classe o aereo classe economica o altro mezzo a proprio insindacabile giudizio) entro il limite di **€ 500,00** per Sinistro.

L'Assicurato dovrà fornire entro 15 (quindici) giorni dal Sinistro il certificato attestante il ricovero o il decesso del familiare così come il biglietto di viaggio non utilizzato.

08 – Spese di soccorso in toboga sulle piste da sci o trasporto in ambulanza

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, necessiti:

- dell'intervento del soccorso sulle piste da sci, con conseguente trasporto a valle mediante toboga;
- oppure del trasporto in ambulanza sino all'Istituto di cura di primo soccorso;

la Società tiene a carico le relative spese fino a **€ 500,00** per Sinistro.

09 – Spese di soccorso in elicottero sulle piste da sci

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, necessiti dell'intervento del soccorso sulle piste da sci da parte di organismi di salvataggio, la Società tiene a carico le relative spese fino a **€ 1.000,00** per Sinistro.

10 – Spese di soccorso in elicottero durante trekking

Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio, necessiti dell'intervento del soccorso durante il trekking da parte di organismi di salvataggio, la Società tiene a carico le relative spese fino a **€ 1.000,00** per Sinistro.

Art. 18 – Esclusioni

- Le prestazioni non sono dovute 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, 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.
- 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;
- Partecipazione ad imprese, anche sportive, di carattere eccezionale o ad azioni temerarie;
- Sci fuoripista (fatto salvo quanto indicato all'art. 11), salto da trampolino con sci, snow-kite;
- Mancato uso del casco protettivo come previsto dalla legge 363/2003;
- Slavine, da qualsiasi causa provocate;
- Svolgimento di attività sportive praticate a livello professionistico.

Art. 19 – Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

19.1 - Obblighi in caso di Sinistro

La gestione dei sinistri è affidata alla struttura organizzativa di Inter Partner Assistenza Servizi S.p.A., Via Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.

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 "Pronto, Protetto Via Special" 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 (tre) 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 c.c.).

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.

19.2 - 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 Carlo Pesenti, 121 - 00156 Roma.**

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (cliente/contraente/aderente alla polizza collettiva/ assicurato/co-assicurato/beneficiario/loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE

La presente Informativa viene resa dalla Compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. « catena assicurativa », ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

1. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Roma Via Carlo Pesenti n. 121, Part. IVA 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151, Tel: 06/42118.1.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della Compagnia assicurativa, Titolare del Trattamento dei dati, scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia Via Carlo Pesenti n. 121 – 00156 Roma;
- per e-mail: privacy@axa-assistance.com

3. CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Sono oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sotto indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- a. Dati identificativi dell'Interessato, quali ad esempio a titolo esemplificativo: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale;
- b. Dati sensibili dell'Interessato strettamente necessari a dare esecuzione al contratto stipulato.

4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali avviene mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

5. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- a) finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), attinenti l'esercizio sia dell'attività assicurativa e riassicurativa sia delle relative attività connesse e strumentali, cui Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge (es: pagamento premi, gestione e liquidazione dei sinistri); finalità di redistribuzione del rischio mediante coassicurazione o riassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi anche di natura assicurativa e relative azioni legali; finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo;

Per le finalità di cui alla lettera a) il trattamento dei dati è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di cui l'Interessato è parte (in proprio o in qualità di rappresentante di una persona giuridica) o per dare esecuzione agli adempimenti precontrattuali relativi a tale contratto. Il trattamento è altresì da considerarsi lecito in quanto l'Interessato ha espresso il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le suddette finalità. Si precisa sia che senza i dati dell'Interessato non si è in grado di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti citati sia che il consenso, seppur revocabile, è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto contrattuale.

6. DESTINATARI/CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori del Titolare del Trattamento, facenti parte dell'organizzazione interna, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare del Trattamento e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento.

Per le finalità di cui al punto 5 a) tali soggetti sono:

- a. altri soggetti del settore assicurativo (c.d. "catena assicurativa"), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- b. professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- c. soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto stipulato e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di back office di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- d. organismi associativi consorziali propri del settore assicurativo (es: ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- e. società del gruppo di appartenenza del Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- f. altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

Nei casi in cui potrebbe risultare necessario trasferire i dati, anche sensibili, in un luogo al di fuori dell'Unione Europea, Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia garantisce ai dati un livello di protezione simile a quello richiesto dalla legge italiana ed europea sulla protezione dei dati ed in linea con la normativa sul trasferimento.

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo necessario per le finalità indicate in precedenza e nel rispetto delle normative vigenti. Alcuni dati personali saranno conservati anche successivamente alla fine del rapporto contrattuale, in particolare al fine di risolvere eventuali controversie e per procedimenti legali in corso o futuri, mantenere registrazioni dei nostri servizi, e in ogni caso tutelare diritti innanzi all'Autorità Giudiziaria ed in ogni altra sede giurisdizionale o extra giurisdizionale. I dati personali saranno trattati in sicurezza, confidenzialità, e saranno mantenuti accurati ed aggiornati per il periodo di durata di utilizzo qui autorizzato. Alla fine del periodo di conservazione, i dati personali saranno resi anonimi o distrutti.

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato in merito ai dati personali ha il diritto di chiedere al Titolare del Trattamento:

- a. l'accesso;
- b. la rettifica;
- c. la cancellazione;
- d. la limitazione del trattamento.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare del Trattamento:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare del Trattamento, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare del Trattamento cui li ha forniti;
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamo potrà pervenire al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:
 1. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza di Monte Citorio, 121 - 00186 Roma*;
 2. all'indirizzo e-mail: garante@gpdp.it, oppure posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it;
 3. fax al numero: 06/696773785.

10. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

Il Titolare del Trattamento ottiene i dati personali raccogliendoli direttamente presso l'Interessato oppure presso i propri addetti (interni ed esterni) all'attività di intermediazione assicurativa od outsourcer che entrano in contatto con l'Interessato (i quali agiscono in qualità di responsabili esterni del trattamento dati).

11. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione. La nostra policy sui cookie, presente sui nostri siti internet, fornisce informazioni circa i termini di utilizzo dei cookie. Durante il primo accesso al sito del Titolare del Trattamento sarà richiesto di prestare il consenso all'utilizzo dei cookie secondo quanto previsto nella relativa policy raggiungibile tramite link presente sulla homepage.

12. DATI DEI MINORI

Alcune informazioni sui minori possono essere raccolte e utilizzate dal Titolare del Trattamento in relazione alla sottoscrizione del contratto o all'erogazione del servizio.

ALLEGATO 3 INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE

*Il distributore ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente documento, **prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione**, di metterlo a disposizione del pubblico nei propri locali, anche mediante apparecchiature tecnologiche, oppure di pubblicarlo su un sito internet ove utilizzato per la promozione e collocamento di prodotti assicurativi, dando avviso della pubblicazione nei propri locali. In occasione di rinnovo o stipula di un nuovo contratto il distributore consegna o trasmette le informazioni di cui all'Allegato 3 solo in caso di successive modifiche di rilievo delle stesse.*

Sezione I - Informazioni generali sull'impresa che opera in qualità di distributore

Gli estremi identificativi dell'impresa possono essere verificati consultando il sito internet dell'IVASS (www.ivass.it)

MetLife Europe d.a.c. è un'impresa di assicurazione di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland e ammessa a operare in Italia in regime di stabilimento, iscritta nell'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS in data 10.10.2012, n. I.00110, con sede legale in Irlanda, 20 On Hatch, Lower Hatch Street, Dublin 2 e sede secondaria in Italia, via Andrea Vesalio 6, 00161 Roma, Italia, tel. 06.492161, email: servizio.polizze@metlife.it, PEC: mel-italia@legalmail.it, sito internet: www.metlife.it.

Sezione II - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

Ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria o ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo così come indicati nel documento di DIP aggiuntivo, il contraente ha facoltà di inoltrare reclamo per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail, all'impresa di cui sono offerti i prodotti: MetLife, Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, via Andrea Vesalio 6, 00161 Roma, fax 06.49216300, e-mail reclami@metlife.it. Il contraente, qualora non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine di legge, può rivolgersi all'IVASS, secondo quanto previsto nel DIP aggiuntivo.

ALLEGATO 4

INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP

Il distributore ha l'obbligo di consegnare o trasmettere al contraente, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta o, qualora non prevista, di ciascun contratto assicurativo, il presente documento, che contiene notizie sul modello e l'attività di distribuzione, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite.

Distributore: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, iscritta nell'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS in data 10.10.2012, n. I.00110.

Sezione I - Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza

L'Impresa non fornisce una consulenza ovverosia una raccomandazione personalizzata contenente i motivi per cui un particolare contratto di assicurazione è ritenuto più indicato a soddisfare le richieste e le esigenze di copertura assicurativa del contraente rispetto ad altri.

L'impresa ha adottato una "Politica dei conflitti d'interesse" con l'obiettivo di gestire l'eventuale conflitto d'interesse relativo alle attività di distribuzione dei prodotti assicurativi con lo scopo di garantire adeguate misure per assicurare che la distribuzione sia svolta in modo onesto, imparziale e professionale, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa europea e italiana in materia di distribuzione assicurativa

Sezione II - Informazioni relative alle remunerazioni

Nella distribuzione del contratto di assicurazione non sono coinvolti direttamente i dipendenti dell'impresa. Qualora la vendita sia effettuata mediante tecniche di comunicazione a distanza tramite call center, la natura del compenso riconosciuto a quest'ultimo sarà un beneficio economico fisso in virtù dell'attività svolta (contatti utili effettuati e polizze attivate).

ALLEGATO 4 TER

ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE

*Il presente documento viene messo a disposizione del pubblico nei locali del distributore, anche mediante apparecchiature tecnologiche. Nel caso di **offerta fuori sede** o nel caso in cui la fase precontrattuale si svolga **mediante tecniche di comunicazione a distanza**, il distributore consegna o trasmette al contraente il presente documento prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione.*

Distributore: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, iscritta nell'Albo delle imprese tenuto dall'IVASS in data 10.10.2012, n. I.00110.

Sezione I - Regole generali per la distribuzione di prodotti assicurativi

- a. Obbligo di consegna al contraente dell'allegato 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione della prima proposta o, qualora non prevista, del primo contratto di assicurazione, di metterlo a disposizione del pubblico nei locali del distributore, anche mediante apparecchiature tecnologiche, e di pubblicarlo sul sito internet, ove esistente
- b. Obbligo di consegna dell'allegato 4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto di assicurazione
- c. Obbligo di consegnare copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia della polizza e di ogni altro atto o documento sottoscritto dal contraente
- d. Obbligo di proporre o raccomandare contratti coerenti con le richieste e le esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente o dell'assicurato, acquisendo a tal fine, ogni utile informazione
- e. Se il prodotto assicurativo risponde alle richieste ed esigenze, obbligo di informare il contraente di tale circostanza, dandone evidenza in un'apposita dichiarazione. In mancanza di tale dichiarazione, il prodotto assicurativo non può essere distribuito
- f. Obbligo di valutare se il contraente rientra nel mercato di riferimento identificato per il contratto di assicurazione proposto e non appartiene alle categorie di clienti per i quali il prodotto non è compatibile, nonché l'obbligo di adottare opportune disposizioni per ottenere dai produttori le informazioni di cui all'articolo 30-decies comma 5 del Codice e per comprendere le caratteristiche e il mercato di riferimento individuato per ciascun prodotto
- g. Obbligo di fornire in forma chiara e comprensibile le informazioni oggettive sul prodotto, illustrandone le caratteristiche, la durata, i costi e i limiti della copertura ed ogni altro elemento utile a consentire al contraente di prendere una decisione informata.