

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

db Salute

Contratto di Assicurazione Infortuni e Malattia per l'individuo e la famiglia stipulato a distanza con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Convenzione assicurativa n. AH/13/07 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. 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**

Assicurazione Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)



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

Prodotto:
db Salute - AH/13/07

Questo documento è stato aggiornato in data 05/05/2025 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza infortuni e malattia facoltativa che ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona. La banca, in qualità di contraente della Convenzione assicurativa n. AH/13/07 offre la polizza ai propri clienti.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Intervento chirurgico da infortunio o malattia improvvisa**
Somma assicurata: prestazione variabile in base al piano assicurativo ed alla classe di appartenenza dell'intervento effettuato, fino a € 50.000,00 per annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi durante l'annualità assicurativa e dal numero degli assicurati.
La compagnia paga la somma assicurata se l'assicurato ha un intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia improvvisa.
- ✓ **Diaria da gesso da infortunio**
Somma assicurata: prestazione giornaliera variabile in base al piano assicurativo.
La compagnia paga la somma assicurata per ogni giorno in cui l'assicurato porta il gesso o il tutore fino a:
 - 30 giorni per singolo infortunio;
 - 30 giorni per annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima annualità assicurativa.



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?" contenuta nel DIP Aggiuntivo Danni;
- ✗ 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:

- ! partecipazione a guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione (tale esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- ! trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
- ! delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato, partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere anche tramite l'utilizzo di sostanze chimiche, biologiche o dell'energia nucleare;
- ! abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ! ubriachezza accertata;
- ! suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! infortuni o malattie antecedenti alla data di adesione alla polizza, siano esse dirette o indirette;
- ! guida ed uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione subacquee, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove o collaudi, sport aerei in genere;
- ! pratica, a qualunque titolo, di sport quali paracadutismo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, arrampicata libera, arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, guidoslitta, hockey a rotelle, hockey su ghiaccio, lotta nelle sue varie forme, motociclismo, motonautica, pugilato, rugby, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, speleologia, sport subacquee relativamente ad immersioni con autorespiratore;
- ! partecipazione a competizioni e relativi allenamenti svolti a carattere remunerativo e/o in qualità di professionista;
- ! pratica di sport costituenti per l'assicurato attività professionale, principale o secondaria;
- ! servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ! malattie mentali o nervose se causa o concausa del sinistro.

Sono inoltre esclusi i viaggi aerei effettuati:

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

Per la garanzia **Intervento chirurgico**:

- ! non sono garantiti gli interventi chirurgici conseguenti a malattia improvvisa avvenuti nei primi 90 giorni dalla data di adesione alla polizza.

Sono inoltre esclusi gli interventi:

- ! di chirurgia plastica o estetica, anche quando conseguenza di infortunio o malattia;
- ! finalizzati alla fecondazione o infertilità, maternità, gravidanza, aborto;
- ! per la donazione di organi o tessuti;

- ! per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla data di adesione alla polizza;
- ! di chirurgia refrattiva;
- ! di chirurgia dentale, anche quando conseguenza di infortunio o malattia;
- ! connessi a trattamenti di dialisi;
- ! connessi a sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- ! dovuti a infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici preesistenti alla data di adesione alla polizza.



Dove vale la copertura?

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'assicurato si rechi all'estero per un massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.



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 o mensile e comprensivo di imposta. Il premio relativo al primo mese di copertura è gratuito. Puoi scegliere di pagare il premio con addebito automatico sul tuo conto corrente bancario o BancoPosta oppure con la tua carta di credito con la frequenza da te scelta.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia alle ore 24,00 della data di adesione telefonica. La polizza ha durata annuale. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità e la Convenzione assicurativa stipulata tra la banca e la Compagnia sia in vigore.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, puoi recedere dalla polizza entro 60 giorni dalla data di inizio della polizza. In tal caso la polizza sarà annullata e ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato.

Dopo ogni sinistro denunciato a termini di polizza hai inoltre diritto di recedere dalla polizza 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 il contratto ha avuto effetto.

Puoi in ogni caso disdire la polizza alla sua scadenza annuale, con 30 giorni di preavviso, oppure ad ogni ricorrenza di pagamento del premio in caso di frazionamento mensile. 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)



Prodotto: db Salute - AH/13/07

Questo documento è stato aggiornato in data 05/05/2025 ed è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi, nonché alla situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

Società

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 è soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2023 è pari a € 1.192.108.000,00 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 € 1.187.729.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 190%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 629.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.196.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 283.000.000. 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.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Db salute è una polizza infortuni e malattia facoltativa che ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona.

Questo prodotto è rivolto alle persone che al momento dell'adesione:

- sono residenti in Italia e sono munite di codice fiscale italiano;
- hanno un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti, nel caso dell'aderente, del coniuge, del partner civile e del convivente more uxorio dell'aderente;
- hanno un'età compresa tra 2 e 65 anni non compiuti, nel caso dei figli dell'aderente.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio): 34,70% del premio netto imposte.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	È possibile presentare un reclamo su carta libera oppure usando il modulo che si trova nella sezione "Assistenza Clienti/Reclami" del sito www.metlife.it: ▪ scrivendo a MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio Reclami, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma; ▪ inviando una email a reclami@metlife.it; ▪ inviando un fax al numero 06.49216300. MetLife risponde: ▪ entro 45 giorni dal ricevimento; ▪ entro 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. Il contraente/assicurato può fare reclamo anche all'Autorità di Vigilanza dello Stato di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c.: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland o 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 a MetLife.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per le controversie mediche sulla natura dell'evento MetLife e l'assicurato (di seguito "parti") prima di rivolgersi all'autorità giudiziaria, possono dare un mandato irrevocabile per la decisione a un collegio di 3 medici (arbitrato) nominati uno per parte e il terzo in accordo fra le parti o fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo, il terzo medico è nominato dal presidente del consiglio dell'ordine dei medici che ha sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico ha sede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna parte paga le proprie spese e il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza e sono raccolte in un verbale da consegnare a ciascuna delle parti. Le decisioni sono vincolanti, anche se uno dei medici non firma il verbale, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. Per risolvere le liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Al contratto si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi versati sono soggetti ad un'imposta sulle assicurazioni pari al 2,5%.
---	--

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.

Condizioni di Assicurazione

Polizza Infortuni e Malattia db Salute - Convenzione assicurativa n. AH/13/07 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato aggiornato in data 05/05/2025 ed è l'ultimo disponibile

Eventuali aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente documento potranno essere comunicati ai contraenti/assicurati in formato elettronico via e-mail, attraverso il sito internet della Compagnia www.metlife.it o nell'area riservata, secondo quanto previsto dal Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento Ivass n. 41/2018.

Glossario

Aderente: la persona fisica che abbia aderito al Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 3.

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 contenzione costituito da fasce o docce confezionate con gesso o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanica.

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

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

Broker: April Italia S.r.l. con Sede Legale in Via Cappuccio n. 13, 20123 Milano (MI) iscritto alla Sezione B del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. B000141525, in data 16/04/2007.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Programma assicurativo non è efficace. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e l'Assicuratore non corrisponderà la prestazione assicurata.

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

Conclusione del Contratto: il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'adesione telefonica al Programma Assicurativo da parte dell'Aderente, in conformità con quanto previsto dall'art. 121 del Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento IVASS n. 40/2018.

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

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dall'Aderente con l'Assicuratore mediante telefonia vocale.

Day hospital: degenza diurna senza pernottamento.

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

Diaria: indennità giornaliera.

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

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

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

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

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

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

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

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

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

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

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

Nomenclatore: l'elenco degli interventi chirurgici classificati per tipologia e suddivisi per Classi di indennizzo Mod. NI Ed. 2018/03.

Nucleo familiare: comprende le persone fisiche di seguito indicate:

- l'Aderente;
- una delle seguenti persone a scelta dell'Aderente:
 - il coniuge dell'Aderente non divorziato o separato legalmente, a condizione che sia presente nello stato di famiglia;
 - il partner unito civilmente con dell'Aderente (l. 76/2016) non divorziato;
 - il convivente more uxorio dell'Aderente, a condizione che sia stabilmente convivente con il medesimo nella stessa residenza;
- i figli dell'Aderente, compresi quelli naturali legalmente riconosciuti ed i minori legalmente affidati od adottati, a condizione che siano presenti nello stato di famiglia.

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

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

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

Ricovero: la degenza 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.

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

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

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea dell'Assicuratore e dell'Aderente, 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.

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2 – GARANZIE

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

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

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'assicurato si rechi all'estero per un massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.

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

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

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

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni 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 aerei effettuati:**
 - **su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;**
 - **su aeromobili di aeroclub;**
 - **su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;**
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana in un paese fino ad allora in pace; **sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;**
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza che non siano causati dall'uso di stupefacenti, allucinogeni o alcolici.

ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E CONCLUSIONE DEL CONTRATTO

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

- a) siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana e siano muniti di Codice Fiscale;
- b) abbiano un'età compresa tra 18 e 65 anni non compiuti con riferimento all'Aderente, al coniuge, al partner civile e al convivente more uxorio dell'Aderente e tra 2 e 65 anni non compiuti con riferimento ai figli dell'Aderente.

Non sono assicurabili le persone fisiche che percepiscano una pensione di Invalidità Permanente riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico. Qualora le condizioni di non assicurabilità dovessero insorgere successivamente alla data di Conclusione del Contratto, il Programma Assicurativo cessa alla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata con riferimento al soggetto non assicurabile e continua ad operare, fino alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo premio, con riferimento agli altri componenti del Nucleo familiare.

Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'Aderente 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'Aderente 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'Aderente 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.

Conclusione del Contratto: il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'adesione telefonica al Programma Assicurativo da parte dell'Aderente, anche nel caso in cui quest'ultimo non dovesse sottoscrivere e rinviare all'Assicuratore il Certificato di assicurazione ricevuto.

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

Il Programma Assicurativo ha durata annuale. Successivamente esso si intenderà tacitamente rinnovato, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3, il Premio corrispondente risulti pagato e la Convenzione assicurativa stipulata tra la Contraente e l'Assicuratore sia in vigore, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 5.

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- a) in caso vengano meno i requisiti di cui all'art. 3 lett. a);
- b) alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il relativo premio immediatamente successiva al compimento del 65° anno di età;
- c) in caso di Decesso;
- d) qualora, in corso di Contratto, dovesse sopraggiungere una delle condizioni di inassicurabilità di cui all'art. 3;
- e) in caso di esercizio del diritto di recesso o disdetta.

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

ART. 5 – RECESSO E DISDETTA

5.1 Recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo **entro 60 giorni dalla data di Conclusione del Contratto (così come descritta all'art. 3) a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore, oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde dell'Assicuratore 800.319.665.** In tal caso l'Assicuratore restituirà all'Aderente il premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di polizza, l'Aderente ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla medesima una **lettera raccomandata A/R, entro 60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo. Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione. In tal caso la Compagnia restituirà all'Aderente il premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

5.2 Disdetta

L'Aderente ha diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla medesima una **lettera raccomandata A/R, con preavviso di almeno 30 giorni.** In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza del periodo assicurativo per il quale è stato versato il Premio ed il Contratto non sarà più rinnovato.

ART. 6 – DETERMINAZIONE DELLA SOMMA ASSICURATA

L'Aderente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha facoltà di scegliere il Piano Assicurativo più rispondente alle proprie esigenze, tra quelli proposti dall'Assicuratore. A ciascun Piano Assicurativo corrispondono differenti somme assicurate. La prestazione assicurata è determinata in funzione del Piano Assicurativo prescelto dall'Aderente. Il Piano Assicurativo prescelto e le corrispondenti somme assicurate sono indicate nel Certificato di assicurazione.

ART. 7 – PRESTAZIONI ASSICURATE

▪ Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia Improvvisa

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

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

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

La prestazione massima è pari a € 50.000,00 indipendentemente dal numero di interventi chirurgici effettuati durante la medesima Annualità assicurativa e dal numero degli Assicurati. Pertanto, per il **Piano di Garanzie Famiglia**, in caso di più Interventi chirurgici effettuati dai componenti del Nucleo familiare nel corso della medesima Annualità assicurativa, la prestazione massima complessiva corrisposta dall'Assicuratore non potrà in ogni caso eccedere tale importo.

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

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

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

▪ **Diaria da gesso a seguito di Infortunio**

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

Per ogni Assicurato, la Compagnia corrisponde la Diaria:

- fino a **30 giorni** per singolo Infortunio;
- fino a **30 giorni** per Annualità assicurativa se si verificano più infortuni nel corso della medesima Annualità assicurativa.

I giorni sono conteggiati nell'Annualità assicurativa in cui si verifica l'Infortunio.

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

- 1) Considerata una Diaria di € 50,00 ed il limite massimo di 30 giorni per Infortunio, se viene applicato all'Assicurato un Apparecchio gessato per 40 giorni, la Compagnia paga un Indennizzo di € 1.500,00.
- 2) Considerato:
 - un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una Diaria di € 50,00;
 - il limite massimo di 30 giorni per Annualità assicurativa;
 - Infortunio n. 1 del 01/01/2025 con applicazione di Apparecchio gessato dal 06/01/2025 al 15/01/2025 (per un totale di 10 giorni di applicazione di Apparecchio gessato);
 - Infortunio n. 2 del 01/07/2025 con applicazione di Apparecchio gessato dal 06/07/2025 al 04/08/2025 (per un totale di 30 giorni di applicazione di Apparecchio gessato);la Compagnia paga un Indennizzo di € 1.500,00.
- 3) Considerato:
 - un'Annualità assicurativa dal 01/01 al 31/12;
 - una Diaria di € 50,00;
 - il limite massimo di 30 giorni per Annualità assicurativa;
 - Infortunio n. 1 del 30/12/2024 con applicazione di Apparecchio gessato dal 06/01/2025 al 15/01/2025 (per un totale di 10 giorni di applicazione di Apparecchio gessato);
 - Infortunio n. 2 del 01/07/2025 con applicazione di Apparecchio gessato dal 06/07/2025 al 04/08/2025 (per un totale di 30 giorni di applicazione di Apparecchio gessato);la Compagnia paga un Indennizzo di € 2.000,00.

ART. 8 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI

Avvertenza: l'Assicuratore non sarà tenuto a garantire alcuna copertura assicurativa e non sarà obbligato a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre lo stesso a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

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

Esclusioni

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

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

Sono inoltre esclusi gli Interventi:

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

Patologie preesistenti

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

ART. 9 – AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO IN CORSO DI VALIDITÀ CONTRATTUALE

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

ART. 10 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è annuo o mensile ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione, in funzione del Piano di Garanzie e del Piano Assicurativo prescelti dall'Aderente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. Il Premio viene corrisposto all'Assicuratore tramite addebito automatico sul conto corrente bancario o BancoPosta o carta di credito intestata all'Aderente, con la frequenza prescelta dall'Aderente medesimo ed indicata nel Certificato di assicurazione. Il Premio relativo al primo mese di copertura è gratuito.

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

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

L'Aderente può tuttavia riattivare il Programma Assicurativo versando le rate di Premio mancanti. In questo caso, il Programma Assicurativo riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Aderente paga quanto è da lui dovuto senza efficacia retroattiva. Eventuali sinistri che si dovessero verificare durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno pertanto indennizzati dall'Assicuratore.

L'Aderente 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, l'Aderente dovrà darne notizia all'Assicuratore entro e non oltre cinque giorni dalla data di variazione. Resta inteso che, qualora il pagamento del Premio non sia andato a buon fine per causa non imputabile all'Aderente, la copertura non sarà sospesa, fermo l'onere per l'Aderente di attivarsi senza ritardo ai fini della soluzione del problema.

Nell'ipotesi in cui i dati medi (es. età, rapporto maschi/femmine, sinistrosità, etc.) non dovessero risultare in linea con le ipotesi di tariffazione, la Compagnia si riserva la facoltà di modificare il Premio ogni 5 anni a partire dalla data di decorrenza del

Programma Assicurativo, dandone comunicazione all'Aderente con un **preavviso di almeno 60 giorni** sulla data di scadenza del quinquennio.

Resta inteso che l'Aderente potrà recedere dal Contratto senza spese con **preavviso di almeno 30 giorni** sulla data di scadenza del quinquennio, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla medesima una **lettera raccomandata A/R**. Se l'Aderente non esercita il diritto di recesso, il Contratto proseguirà alle nuove condizioni a partire dal quinquennio successivo.

ART. 11 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia presso il Broker all'indirizzo **Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona**, oppure all'indirizzo e-mail supportodb@brokeronline.it. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure telefonare al numero **800.92.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati nel modulo di denuncia. 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, per il tramite del Broker, comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nel modulo di denuncia Sinistro, 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 in relazione alla storia e alla natura del Sinistro.

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.

La Compagnia si riserva il diritto di richiedere gli **originali di Polizza** o dei **documenti presentati per la valutazione del Sinistro** qualora il beneficiario intenda far valere condizioni contrattuali difformi rispetto a quanto previsto nella documentazione contrattuale in possesso della Compagnia e/o quest'ultima contesti l'autenticità della Polizza o dei documenti ad essa inviati in fase di Sinistro.

L'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel Ramo Danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile Il comma, i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. Eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno pertanto indennizzati dalla Compagnia.

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.

ART. 12 – RECLAMI

12.1 – 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 dell'Assicuratore, 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'Assicuratore 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.

12.2 – 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 all'Assicuratore, 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.

12.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi all'IVASS - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: ivass@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 dall'Assicuratore 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.

ART. 13 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

L'Assicurato ha il diritto di richiedere all'Assicuratore informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata:

- per iscritto all'indirizzo **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma** oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti;
- per telefono al Numero Verde **800.319.665**.

L'Assicuratore si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

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

ART. 14 – LEGGE APPLICABILE

Al contratto si applica la legge italiana.

ART. 15 – FORO COMPETENTE, PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE E ARBITRATO

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (Aderente, 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.

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

ART. 16 – VALUTA

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

ART. 17 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

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

In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona fisica più di 2 programmi assicurativi relativi alla medesima Convenzione assicurativa. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, l'Assicuratore considererà validi esclusivamente i programmi assicurativi sottoscritti con la data più remota e restituirà all'Aderente i premi incassati al netto delle imposte in relazione ai Programmi Assicurativi stipulati indebitamente. La presente disposizione non si applica nel caso in cui l'Assicurato dovesse risultare coperto per il medesimo rischio nella condizione di aderente ad una polizza collettiva stipulata da una persona giuridica.

ART. 18 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

Informativa Privacy

Gentile Cliente,

Siamo **MetLife Europe 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:

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

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 od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale.

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 informati 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 elegibile 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, CONSA, 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 Informativa e alle modalità con cui raccogliamo, utilizziamo o condividiamo i suoi dati personali.

Informativa Privacy

di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia (**titolare 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 "**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.**

☐	/	/	
	Data (gg/mm/aa)		Firma dell'Assicurato/Esercente la Potestà o del Tutore per assicurati minorenni
☐	/	/	
	Data (gg/mm/aa)		Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato

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.