

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di Assicurazione Infortuni.

Convenzione assicurativa n. AH/17/121 stipulata da Banca IFIS S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia.

Il presente Fascicolo informativo, contenente:

- a) Nota informativa, comprensiva del glossario;**
- b) Condizioni di assicurazione, comprensive dell'informativa sul trattamento dei dati personali;**
- c) Modulo di adesione al Programma Assicurativo;**

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

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota informativa.

Informazioni importanti

- L'adesione alla presente copertura assicurativa è facoltativa.
- Alla luce delle coperture assicurative previste, il contratto di assicurazione non si intende abbinato ad alcun finanziamento anche qualora lo stesso sia venduto contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il premio assicurativo sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento. Di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la copertura assicurativa rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio o quota parte di premio.

La Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo non derivanti da novità legislative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti/assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

A) NOTA INFORMATIVA

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **10/07/2017**.

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

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

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

Il Contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa.

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2016 è pari a € 1.782.681.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 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 € 1.778.302.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c., ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 172%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La durata del Contratto è pari a 12 o 60 mesi, in funzione della scelta effettuata dall'Aderente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed Esclusioni

Il Contratto prevede le seguenti coperture assicurative:

- a) Decesso a seguito di Infortunio;
- b) Invalidità Permanente a seguito di Infortunio;
- c) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio;
- d) Diaria da Convalescenza post Ricovero;
- e) Frattura ossea a seguito di Infortunio;
- f) Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio.

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

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

Si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti franchigie e massimali alle coperture assicurative e si rinvia all'artt. 8 e 9 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

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

▪ **Decesso a seguito di Infortunio**

Considerata una Somma assicurata pari a € 200.000,00, in caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 200.000,00.

▪ **Invalidità Permanente a seguito di Infortunio**

Considerata una Somma assicurata pari a € 200.000,00, la liquidazione dell'Indennizzo viene determinata come segue:

- Invalidità Permanente pari al 3% della totale: in Franchigia; pertanto la Compagnia non corrisponderà alcun Indennizzo;
- Invalidità Permanente pari al 7% della totale: l'Indennizzo viene liquidato per la parte eccedente la Franchigia assoluta del 3%; pertanto la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 8.000,00;
- Invalidità Permanente pari al 20% della totale: l'indennizzo viene liquidato senza l'applicazione della Franchigia; pertanto la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 40.000,00.

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 200,00 ed il limite massimo di 120 giorni per persona e per Annualità assicurativa, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura per 130 giorni, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 24.000,00.

▪ **Diaria da Convalescenza post Ricovero**

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 100,00 ed il limite massimo di 30 giorni per persona e per Annualità assicurativa, qualora sia prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 3.000,00.

▪ **Frattura ossea a seguito di Infortunio**

Considerato un indennizzo pari a € 2.000,00 ed il limite massimo di € 6.000,00 per persona e per Annualità assicurativa, in caso di 4 Fratture ossee tra quelle garantite occorse all'Assicurato nella medesima Annualità assicurativa, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari ad € 6.000,00.

▪ **Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio**

Considerata una prestazione mensile pari a € 200,00 (da corrispondersi ogni 30 giorni decorso il periodo di Franchigia assoluta pari a 15 giorni consecutivi) ed il limite massimo di 12 prestazioni per Contratto, la Compagnia corrisponde l'Indennizzo di seguito indicato:

- 1) - periodo di ITT certificato: **13 giorni**;
- Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (15 giorni): **nessuno**;
- 2) - periodo di ITT certificato: **68 giorni**;
- Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (15 giorni): **€ 400,00**;
- 3) - periodo di ITT certificato: **400 giorni**;
Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (15 giorni) e del massimale di 12 mensilità: **€ 2.400,00**.

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

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

Si richiama l'attenzione sul fatto che eventuali dichiarazioni false, inesatte o reticenti sulle circostanze del rischio, rese in sede di conclusione del Contratto, potrebbero comportare effetti sulla prestazione qualora le stesse siano relative a circostanze tali per cui la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso, oppure non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, se avesse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 e seguenti del Codice civile. Si rinvia all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Si richiama l'attenzione sul fatto che il Contratto è nullo se il rischio assicurato non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima della conclusione del Contratto stesso, ovvero se venga stipulata l'assicurazione sulla vita di un terzo senza il consenso di questi o del suo legale rappresentante.

5. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 4 delle Condizioni di assicurazione.

6. Premi

Il Premio è unico. Il Premio viene pagato dall'Aderente alla Contraente a mezzo di bonifico bancario ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione. Non è prevista la possibilità di frazionare il Premio. **La Compagnia applica uno sconto di Premio per i programmi assicurativi di durata superiore a 12 mesi. A fronte della riduzione di Premio, l'Aderente non potrà esercitare la facoltà di recesso ai sensi dell'art. 1899 c.c.**

7. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Il Premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento in base all'evoluzione dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati elaborato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

8. Diritto di recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dal Contratto **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia presso la Contraente. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente il Premio già

pagato al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Dopo ogni Sinistro, denunciato a termini di Polizza, l'Aderente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Contratto, **entro 60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata rispettivamente alla Compagnia oppure all'Aderente stesso. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente il Premio già pagato al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

L'assicurazione di cui al presente Contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 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.

10. Legge applicabile al Contratto

Al Contratto si applica la legge italiana.

11. Regime fiscale

Al presente Contratto si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). I premi per le garanzie del ramo danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

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

13. Reclami

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

La Compagnia gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

14. Arbitrato

Per la risoluzione di eventuali controversie le parti possono ricorrere in arbitrato. In tal caso, il luogo di svolgimento dell'arbitrato è il comune, sede dell'Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Si rammenta che è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Glossario

Aderente: la ditta individuale/società cliente della Contraente che, per il tramite del titolare/legale rappresentante, aderisce al Programma Assicurativo e corrisponde il Premio.

Annualità assicurativa: periodo ricorrente pari ad un anno, calcolato a partire dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa.

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto, indicata dall'Aderente nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Beneficiario: l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi.

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.

Contraente: Banca IFIS S.p.A. con Sede Legale in Via Terraglio, 63 - 30174 Mestre (VE), iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000273257, in data 19/08/2008.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dall'Aderente con la Compagnia.

Convalescenza: il periodo di tempo immediatamente successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per riabilitazione e cure, prescritto in fase di dimissione oppure dal medico curante.

Day hospital: degenza diurna senza pernottamento.

Decorrenza della copertura assicurativa (del Contratto o della Polizza): il momento in cui la copertura assicurativa acquista efficacia.

Diaria: indennità giornaliera.

Durata della copertura assicurativa (del Contratto o della Polizza): il periodo di efficacia della copertura assicurativa.

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Franchigia:

- con riferimento alla garanzia Invalidità Permanente a seguito di Infortunio, la parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato in caso di Sinistro. Se la franchigia è assoluta, non si ha diritto al risarcimento qualora il danno sia inferiore o pari alla franchigia, mentre, in caso di danno superiore, il risarcimento sarà pari alla differenza tra l'ammontare del danno e la franchigia. Se la franchigia è relativa, non si ha diritto al risarcimento qualora il danno sia inferiore o pari alla franchigia, mentre, in caso di danno superiore, il risarcimento sarà integrale;
- con riferimento alla garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio, periodo di tempo non rilevante ai fini del calcolo dell'Indennizzo.

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 corporali 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.

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.

Premio: la somma versata alla Compagnia 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 dalla Compagnia.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura per almeno 24 ore consecutive, sia attraverso il pronto soccorso (cd. Ricovero d'urgenza) sia con modalità programmata regolamentata da lista di attesa o per trasferimento da altro istituto (cd. Ricovero programmato). Il Ricovero deve comunque essere disposto dal medico dopo aver valutato la situazione clinica del paziente.

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

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

Tutore immobilizzante: presidio immobilizzante inamovibile, 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.

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

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



B) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **10/07/2017**.

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Aderente: la ditta individuale/società cliente della Contraente che, per il tramite del titolare/legale rappresentante, aderisce al Programma Assicurativo e corrisponde il Premio.

Annualità assicurativa: periodo ricorrente pari ad un anno, calcolato a partire dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa.

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto, indicata dall'Aderente nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

Beneficiario: l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi.

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.

Contraente: Banca IFIS S.p.A. con Sede Legale in Via Terraglio, 63 - 30174 Mestre (VE), iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000273257, in data 19/08/2008.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dall'Aderente con la Compagnia.

Convalescenza: il periodo di tempo immediatamente successivo alla dimissione dall'Istituto di cura, necessario per riabilitazione e cure, prescritto in fase di dimissione oppure dal medico curante.

Day hospital: degenza diurna senza pernottamento.

Decorrenza della copertura assicurativa (del Contratto o della Polizza): il momento in cui la copertura assicurativa acquista efficacia.

Diaria: indennità giornaliera.

Durata della copertura assicurativa (del Contratto o della Polizza): il periodo di efficacia della copertura assicurativa.

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Franchigia:

- con riferimento alla garanzia Invalidità Permanente a seguito di Infortunio, la parte del danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato in caso di Sinistro. Se la franchigia è assoluta, non si ha diritto al risarcimento qualora il danno sia inferiore o pari alla franchigia, mentre, in caso di danno superiore, il risarcimento sarà pari alla differenza tra l'ammontare del danno e la franchigia. Se la franchigia è relativa, non si ha diritto al risarcimento qualora il danno sia inferiore o pari alla franchigia, mentre, in caso di danno superiore, il risarcimento sarà integrale;
- con riferimento alla garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio, periodo di tempo non rilevante ai fini del calcolo dell'Indennizzo.

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 corporali 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.

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.

Premio: la somma versata alla Compagnia 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 dalla Compagnia.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura per almeno 24 ore consecutive, sia attraverso il pronto soccorso (cd. Ricovero d'urgenza) sia con modalità programmata regolamentata da lista di attesa o per trasferimento da altro istituto (cd. Ricovero programmato). Il Ricovero deve comunque essere disposto dal medico dopo aver valutato la situazione clinica del paziente.

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

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

Tutore immobilizzante: presidio immobilizzante inamovibile, 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 dalla Compagnia in base alle comunicazioni della Contraente ed alle dichiarazioni dell'Aderente/Assicurato.

ART. 2 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

Sono compresi in garanzia anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;

- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza e colpa anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità Civili e Militari durante servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi ed i voli aerei effettuati su:**
 - aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;
 - aeromobili di aeroclub;
 - apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto l'Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dal territorio della Repubblica Italiana in un paese fino ad allora in pace; **sono comunque esclusi dalla garanzia gli infortuni derivanti dalla predetta causa che colpiscono l'Assicurato nel territorio della Repubblica Italiana, della Repubblica di San Marino e della Città del Vaticano;**
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza che non siano causati dall'uso di stupefacenti, allucinogeni o alcolici.
- le lesioni determinate da sforzi, **esclusi gli infarti;**
- le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:
 - qualora l'ernia risulti operabile, non verrà riconosciuto alcun Indennizzo;
 - qualora l'ernia, anche se bilaterale, non risulti operabile secondo parere medico, verrà riconosciuto solamente il grado di invalidità permanente accertato, con il limite massimo del 10% dell'invalidità permanente totale. In caso di contestazioni circa la natura e la operabilità dell'ernia, la decisione è rimessa all'arbitrato secondo la procedura prevista all'art. 16.

ART. 3 – GARANZIE

La copertura assicurativa offerta dalla Compagnia prevede le seguenti garanzie:

- a) **Decesso a seguito di Infortunio;**
- b) **Invalità Permanente a seguito di Infortunio;**
- c) **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio;**
- d) **Diaria da Convalescenza post Ricovero;**
- e) **Frattura ossea a seguito di Infortunio;**
- f) **Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio.**

Informazioni importanti

- Le coperture assicurative sono valide senza limiti territoriali, eccetto la garanzia f) che è valida solo sul territorio della Repubblica Italiana.
- Le coperture assicurative b) e f) devono essere oggetto di accertamento da parte di un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.
- Le prestazioni assicurative di cui alle coperture Diaria da Convalescenza post Ricovero e Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio non sono tra di loro cumulabili; di conseguenza, nel caso in cui l'Assicurato abbia diritto al rimborso contemporaneo di entrambe le prestazioni, la Compagnia corrisponderà soltanto la prestazione assicurativa che prevede l'indennizzo di maggior favore per l'Assicurato.

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

4.1 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche, **fino ad un massimo di 2 per ditta individuale/società Aderente**, a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
 - a) **siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;**
 - b) **siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;**
 - c) **abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti;**
 - d) **ricoprano la qualifica di legale rappresentante, amministratore, socio o titolare della ditta individuale/società Aderente;**
- al termine del periodo di Durata della copertura assicurativa, **non abbiano ancora compiuto 75 anni di età.**

Informazione importante

Non sono assicurabili, indipendentemente dall'attuale stato di salute, le persone fisiche che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, H.I.V. e sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.) o siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico. **Qualora le condizioni di non assicurabilità dovessero insorgere in corso di Contratto, il Programma Assicurativo cessa alla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata all'Assicurato ed eventuali Sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia.**

4.2 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Aderente/Assicurato.

4.3 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti dell'Aderente/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'Aderente/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'Aderente/Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, la Compagnia potrà recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Aderente/Assicurato entro 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 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 della data di perfezionamento del Contratto (così come descritta all'art. 4.2) e rimane in vigore per la durata prescelta dall'Aderente (12 o 60 mesi) **a condizione che il premio corrispondente sia pagato.**

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) **qualora, in corso di Contratto, vengano meno i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 4.1 lettere a), b), d), oppure dovesse sopraggiungere una delle condizioni di non assicurabilità di cui al suddetto articolo;**
- b) **in caso di decesso dell'Assicurato;**
- c) **in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Aderente;**

Nelle ipotesi a), c) 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.

Nell'ipotesi b) la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio.

Nelle ipotesi a), b) resta inteso che, qualora siano assicurate 2 persone fisiche, il Programma Assicurativo continua ad operare con riferimento all'altra persona fisica.

ART. 6 – RECESSO

L'Aderente ha diritto di recedere dal Contratto **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia presso la Contraente. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente il Premio già pagato al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Dopo ogni Sinistro, denunciato a termini di Polizza, l'Aderente e la Compagnia hanno diritto di recedere dal Contratto, **entro 60 giorni** dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata rispettivamente alla Compagnia oppure all'Aderente stesso. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In tal caso la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente il Premio già pagato al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

ART. 7 – DETERMINAZIONE DELLA PRESTAZIONE ASSICURATA

Con riferimento alle garanzie Decesso a seguito di Infortunio ed Invalidità Permanente a seguito di Infortunio, l'Aderente, al momento dell'adesione al Programma Assicurativo, ha facoltà di scegliere il Piano Assicurativo più rispondente alle proprie esigenze, tra quelli proposti dalla Compagnia. A ciascun Piano Assicurativo corrispondono differenti Somme assicurate. Il Piano Assicurativo prescelto è indicato nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

ART. 8 – PRESTAZIONI ASSICURATE

a) DECESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di Decesso a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, corrisponde al Beneficiario la Somma assicurata prevista dal Piano assicurativo prescelto dall'Aderente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo.

PIANO ASSICURATIVO	A	B	C	D
SOMMA ASSICURATA	€ 200.000,00	€ 300.000,00	€ 400.000,00	€ 500.000,00

Qualora il corpo dell'Assicurato non venga ritrovato e si presuma sia avvenuto il decesso a seguito di Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia corrisponde al Beneficiario la Somma assicurata. La liquidazione non potrà avvenire prima che siano trascorsi 6 mesi dalla presentazione dell'istanza per la dichiarazione di morte presunta a termini degli artt. 60 e seguenti c.c. Nel caso in cui, dopo la liquidazione, dovesse risultare che il decesso non si sia verificato o che comunque non sia dipeso da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia avrà diritto alla restituzione della somma liquidata. A restituzione avvenuta, resta inteso che l'Assicurato non deceduto potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita, senza che possano essere invocati dalla Compagnia eventuali termini di Prescrizione, che decorreranno da quel momento in avanti.

b) INVALIDITÀ PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Compagnia corrisponde l'Indennizzo per le sole conseguenze dirette ed esclusive dell'Infortunio che siano indipendenti da condizioni fisiche o patologiche preesistenti. Pertanto, se al momento dell'Infortunio l'Assicurato è affetto da menomazioni preesistenti, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana, senza considerare il maggior pregiudizio derivante dalle menomazioni preesistenti.

La determinazione del grado di Invalidità Permanente viene effettuata in base alla tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche, tenuto conto che:

- per le menomazioni degli arti superiori, in caso di mancinismo, le percentuali di Invalidità Permanente previste per il lato destro varranno per il lato sinistro;
- la perdita assoluta ed irrimediabile dell'uso funzionale di un organo o di un arto viene considerata come perdita anatomica dello stesso; se trattasi di minorazione, le percentuali di Invalidità Permanente indicate in tabella vengono ridotte in proporzione della funzionalità perduta;
- nel caso di perdita anatomica o funzionale di più organi o arti l'Indennizzo viene stabilito mediante addizione delle percentuali corrispondenti ad ogni singola lesione, sino al limite massimo del 100%. L'Indennizzo per la perdita anatomica di una falange del pollice è stabilita nella metà; per la perdita anatomica di una falange dell'alluce, nella metà; per la perdita di una falange di qualunque altro dito, in un terzo della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito;
- nel caso di menomazioni di uno o più dei distretti anatomici e/o articolari di un singolo arto, si procederà alla valutazione con somma matematica fino a raggiungere al massimo il valore corrispondente alla perdita totale dell'arto stesso;
- per le singole falangi terminali delle dita, escluso il pollice, si considera Invalidità Permanente soltanto l'asportazione totale;
- nei casi di Invalidità Permanente non specificati nella tabella di riferimento, l'Indennizzo è stabilito tenendo conto, con riguardo alle percentuali dei casi indicati, della misura nella quale è per sempre diminuita la capacità generica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo indipendentemente dalla sua professione;
- per la valutazione delle menomazioni visive ed uditive si procederà alla quantificazione del grado di Invalidità Permanente tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi;
- in caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o arto già minorato, le percentuali d'Invalidità Permanente saranno diminuite tenendo conto del grado di Invalidità Permanente preesistente;
- per la perdita di elementi dentari potrà essere concesso l'Indennizzo per Invalidità Permanente in misura da stabilirsi, caso per caso, proporzionalmente alla diminuita capacità masticatoria o fonatoria causata dalla perdita stessa.

In caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo calcolato sulla somma assicurata, in proporzione al grado di Invalidità Permanente accertato:

- Invalidità Permanente fino al 3% della totale: in Franchigia, nessun Indennizzo viene corrisposto;
- Invalidità Permanente superiore al 3% e fino al 10% della totale: l'Indennizzo viene corrisposto con deduzione di una Franchigia assoluta del 3%;
- Invalidità Permanente superiore al 10% della totale: l'Indennizzo viene corrisposto senza deduzione di alcuna Franchigia.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- **l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Contratto;**
- **l'Invalidità Permanente si sia verificata, anche successivamente alla scadenza del Contratto, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio.**

PIANO ASSICURATIVO	A	B	C	D
SOMMA ASSICURATA	€ 200.000,00	€ 300.000,00	€ 400.000,00	€ 500.000,00

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

Considerata una Somma assicurata pari a € 200.000,00, la liquidazione dell'Indennizzo viene determinata come segue:

- Invalidità Permanente pari al 3% della totale: in Franchigia; pertanto la Compagnia non corrisponderà alcun Indennizzo;
- Invalidità Permanente pari al 7% della totale: l'Indennizzo viene liquidato per la parte eccedente la Franchigia assoluta del 3%; pertanto la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 8.000,00;
- Invalidità Permanente pari al 20% della totale: l'indennizzo viene liquidato senza l'applicazione della Franchigia; pertanto la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 40.000,00.

c) DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di Ricovero in Istituto di cura dell'Assicurato a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, corrisponde al Beneficiario una Diaria pari a € 200,00, per ogni giorno di Ricovero, **fino ad un massimo di 120 giorni** per persona e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.

La prestazione viene corrisposta dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza, a condizione che:

- **l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Contratto;**
- **il Ricovero sia iniziato nel periodo di validità del Contratto.**

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

Al termine del periodo di validità del Contratto, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza dell'Assicurato, fino a concorrenza dei limiti sopraindicati.

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 200,00 ed il limite massimo di 120 giorni per persona e per Annualità assicurativa, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura per 130 giorni, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 24.000,00.

d) DIARIA DA CONVALESCENZA POST RICOVERO

Informazione importante

La prestazione assicurativa Diaria da Convalescenza post Ricovero non è cumulabile con la prestazione assicurativa Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio. Di conseguenza, nel caso in cui l'Assicurato abbia diritto al rimborso contemporaneo di entrambe le prestazioni, la Compagnia corrisponderà soltanto la prestazione assicurativa che prevede l'indennizzo di maggior favore per l'Assicurato.

In caso di Convalescenza dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero dovuto ad Infortunio indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, corrisponde al Beneficiario una Diaria pari a € 100,00, per ogni giorno di Convalescenza, **fino ad un massimo di 30 giorni** per persona e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.

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

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

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

Considerata una Diaria giornaliera pari a € 100,00 ed il limite massimo di 30 giorni per persona e per Annualità assicurativa, qualora sia prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari a € 3.000,00.

e) FRATTURA OSSEA A SEGUITO DI INFORTUNIO

In caso di una o più fratture ossee a seguito di Infortunio dell'Assicurato tra quelle riportate nell'elenco che segue, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo pari a € 2.000,00 per ogni singola Frattura ossea, **fino ad un massimo di 3 sinistri** per persona e per Annualità assicurativa.

Fratture ossee garantite:

- anca, bacino, gamba, rotula, femore o tallone;
- gomito, avambraccio o omero, frattura di Colles;
- scapola, clavicola o sterno;
- mano o piede (ad esclusione delle dita);
- colonna vertebrale, una o più coste, coccige o cranio;
- mascella inferiore o superiore, zigomo o naso

L'**Indennizzo massimo complessivo** per persona e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero dei sinistri e delle fratture ossee riportate, è pari a **€ 6.000,00**.

La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso e dell'esame radiografico attestante la Frattura ossea, **a condizione che:**

- **l'Infortunio si sia verificato durante il periodo di validità del Contratto;**
- **la Frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'Infortunio.**

Nel caso in cui venga denunciato un Sinistro e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzia che l'Assicurato sia affetto da osteoporosi o da altra Malattia delle ossa, la copertura opera con riferimento al Sinistro denunciato, ma da quel momento in avanti cessa la garanzia Frattura ossea a seguito di Infortunio. Resta inteso che l'Assicurato potrà usufruire di tutte le altre garanzie previste dal Programma Assicurativo.

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

Considerato un indennizzo pari a € 2.000,00 ed il limite massimo di € 6.000,00 per persona e per Annualità assicurativa, in caso di 4 Fratture ossee tra quelle garantite occorse all'Assicurato nella medesima Annualità assicurativa, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari ad € 6.000,00.

f) INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE AL LAVORO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Informazione importante

La prestazione assicurativa Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio non è cumulabile con la prestazione assicurativa Diaria da Convalescenza post Ricovero. Di conseguenza, nel caso in cui l'Assicurato abbia diritto al rimborso contemporaneo di entrambe le prestazioni, la Compagnia corrisponderà soltanto la prestazione assicurativa che prevede l'indennizzo di maggior favore per l'Assicurato.

In caso di Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio dell'Assicurato (ITT) che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione lavorativa, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 9, corrisponde al Beneficiario una prestazione mensile pari a € 200,00 che viene

corrisposta ogni 30 giorni a partire dal 16° giorno di ITT, fino ad un massimo di 12 prestazioni per persona e per Contratto, anche in caso di più periodi di ITT distinti.

La prestazione fissa viene corrisposta, dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso e dei certificati medici originali attestanti il periodo di ITT, a condizione che:

- l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a 15 giorni consecutivi (la Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di ITT);
- l'ITT sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Contratto;
- l'ITT sia iniziata nel periodo di validità del Contratto.

Al termine del periodo di validità del Contratto, qualora l'Assicurato sia ancora inabile, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di ITT dell'Assicurato, fino a concorrenza dei limiti sopraindicati.

Considerata una prestazione mensile pari a € 200,00 (da corrispondersi ogni 30 giorni decorso il periodo di Franchigia assoluta pari a 15 giorni consecutivi) ed il limite massimo di 12 prestazioni per Contratto, la Compagnia corrisponde l'Indennizzo di seguito indicato:

- 1) - periodo di ITT certificato: **13 giorni**;
- Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (15 giorni): **nessuno**;
- 2) - periodo di ITT certificato: **68 giorni**;
- Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (15 giorni): **€ 400,00**;
- 3) - periodo di ITT certificato: **400 giorni**;
- Indennizzo liquidato dopo l'applicazione della Franchigia assoluta (15 giorni) e del massimale di 12 mensilità: **€ 2.400,00**.

ART. 9 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI

Informazione importante

La Compagnia non sarà tenuta a garantire alcuna copertura assicurativa 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.

Franchigia

- Invalità Permanente a seguito di Infortunio: è prevista una Franchigia assoluta del 3% per invalidità fino al 10% della totale;
- Inabilità Temporanea Totale al lavoro a seguito di Infortunio: è previsto un periodo di Franchigia assoluta di 15 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di ITT.

Esclusioni:

- Con riferimento a tutte le garanzie, sono escluse dalla copertura assicurativa le conseguenze di:
 - guida e uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni e nelle relative prove;
 - collaudo di mezzi di trasporto in genere e guida dei medesimi qualora l'Assicurato sia privo della prescritta abilitazione o in stato di ubriachezza o ebbrezza;
 - guida e uso, anche come passeggero, di mezzi di locomozione subacquei;
 - partecipazione a competizioni - o relative prove e/o allenamenti - svolte sotto l'egida delle federazioni sportive competenti o comunque remunerative o a carattere professionistico;
 - abuso di psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti e/o allucinogeni;
 - delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni, eruzioni vulcaniche e maremoti;
 - atti di terrorismo perpetrati tramite l'utilizzo di sostanze chimiche, biologiche o tramite l'utilizzo dell'energia nucleare;
 - trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e di accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.);
 - infarto;
 - servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
 - lo svolgimento delle attività di pugilato, atletica pesante, alpinismo, speleologia, paracadutismo e sport aerei in genere, sci acrobatico, football americano e rugby, anche se effettuate per professione;
 - viaggi aerei effettuati su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri, su aeromobili di aeroclub e su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
 - infortuni verificatisi antecedentemente alla data di decorrenza dalla copertura assicurativa;
 - Malattia mentale o nervosa se causa o concausa dell'Infortunio;
 - suicidio o tentato suicidio;
 - atti di autolesionismo.
- Con riferimento alla sola garanzia Inabilità Temporanea Totale al lavoro, sono escluse dalla copertura assicurativa le conseguenze di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata.

ART. 10 – 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. 4 delle Condizioni di assicurazione.

ART. 11 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è unico ed è pari all'importo di seguito indicato, in funzione del Piano Assicurativo e della Durata del Contratto prescelta dall'Aderente al momento dell'adesione al Programma Assicurativo. Il Premio viene pagato dall'Aderente alla Contraente a mezzo di bonifico bancario ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

DURATA COPERTURA ASSICURATIVA (IN MESI)	PIANO ASSICURATIVO			
	A	B	C	D
12	€ 1.328,50	€ 1.761,50	€ 2.194,00	€ 2.627,00
60	€ 5.809,00	€ 7.702,50	€ 9.596,50	€ 11490,50

La Compagnia applica uno sconto di Premio pari al 12,50% per i programmi assicurativi di durata superiore a 12 mesi. A fronte della riduzione di Premio, l'Aderente non potrà esercitare la facoltà di recesso ai sensi dell'art. 1899 c.c.

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. in caso di mancato pagamento del Premio, il Programma Assicurativo resta sospeso sino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Aderente paga quanto è da lui dovuto.

La totalità del Premio viene utilizzata dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, i premi rimarranno totalmente acquisiti dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

ART. 12 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia all'indirizzo **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, Indirizzo Email sinistri@metlife.it**. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale. Per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al Numero **06492161**. 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 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. 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 del Codice civile il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.** 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. 13 – RECLAMI

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

La Compagnia gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ART. 14 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

L'Aderente/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 per iscritto all'indirizzo della Compagnia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti. La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Si informa altresì l'Aderente/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 della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

ART. 15 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

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

Per le controversie relative al Contratto è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (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 di Grazia e Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

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

ART. 17 – VALUTA

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

ART. 18 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

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

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

ART. 19 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

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

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

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

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

A tali scopi potrebbe fornire a MetLife o ai suoi agenti, broker o altri intermediari assicurativi, eventuali dati che la normativa qualifica come "Dati sensibili" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro). Ai sensi della normativa vigente per "dato sensibile" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine

razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale (art. 4 co. 1 lett. D) D.Lgs. 196/2003).

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

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

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

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

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

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

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

La prestazione del consenso per tali finalità è facoltativo ma utile per rimanere aggiornato su nuovi prodotti e servizi assicurativi. Con il suo consenso espresso potremo inoltre utilizzare i suoi dati per analizzare le sue esigenze ed i suoi interessi e per farla partecipare a sondaggi e ricerche di mercato.

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

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

Informativa per il trattamento dei dati personali

(art. 13 d.lgs. n. 196/2003)

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla privacy consultabile sul sito www.metlife.it, la informiamo che i dati personali, da lei forniti (anche riferiti a terzi il cui trattamento sia strumentale alla fornitura dei servizi previsti dalla polizza stessa) con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati dalla Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (titolari del trattamento) al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. 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. Precisiamo, inoltre, che il consenso richiesto, oltre che ai dati personali di natura comune forniti all'atto della stipula del contratto, può riferirsi anche a dati che la normativa definisce come "dati sensibili" ed in particolare ai dati personali idonei a rivelare lo stato di salute come ad esempio alcune informazioni riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche. Le ricordiamo, inoltre, che ai sensi della normativa vigente per "dati sensibili" si intende anche 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 la vita sessuale (art. 4 co. 1 lett. D) D.Lgs. 196/2003). Il conferimento di tali dati risulta pertanto necessario al perseguimento delle suddette finalità e senza di essi non saremmo in grado di valutare la sua richiesta di indennizzo.

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

In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. per adempiere agli obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede delle Nostre Società. Taluni suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente la polizza stessa o eventuali sinistri. Inoltre, per le suddette finalità, i dati personali relativi al soggetto interessato potranno essere comunicati e trasferiti alle società facenti parte del gruppo MetLife, o a loro fornitori, anche fuori dal territorio dell'Unione Europea ed, in particolare, negli Stati Uniti.

Relativamente al trasferimento dei dati all'estero, il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dalla legge italiana anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

In ogni momento, lei potrà consultare i suoi dati e chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione od opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere successivamente una diversa volontà sulle modalità di contatto rivolgendosi alla Rappresentanza Generale per l'Italia delle Nostre società, MetLife Europe d.a.c., presso Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it. Infine, tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe esser necessario disporre dei dati di terzi (quali a titolo esemplificativo l'assicurato se diverso dal contraente, il beneficiario, l'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere, nel momento in cui si dovesse fornire dati relativi ai suddetti terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo, fornire ai terzi la presente informativa acquisendo il consenso ove necessario.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il sottoscritto, dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle Condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. n. 196/2003) dichiara di essere consapevole che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'informativa stessa. Mediante la sottoscrizione della presente sezione, il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati personali, anche sensibili, secondo le modalità e per le finalità indicate nella suddetta informativa per scopi assicurativi inerenti all'esecuzione del contratto ed alla valutazione della qualità del servizio reso, da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in qualità di Titolare, il quale potrà avvalersi dei soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

➡ Data (gg/mm/aa):

_____ Firma del Denunciante (leggibile)

DA INVIARE A: METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA, UFFICIO SINISTRI, VIA A. VESALIO, 6 - 00161 ROMA, OPPURE ALL'INDIRIZZO EMAIL SINISTRI@METLIFE.IT.

C) MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: 10/07/2017.

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Convenzione assicurativa n. AH/17/121 stipulata da Banca IFIS S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il Premio è unico ed è pari all'importo di seguito indicato, in funzione del Piano Assicurativo e della durata del Contratto prescelta dall'Aderente. Il Premio viene pagato dall'Aderente alla Contraente a mezzo di bonifico bancario ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione. La Compagnia applica uno sconto di Premio per i contratti di durata superiore a 12 mesi. A fronte della riduzione di Premio, l'Aderente non potrà esercitare la facoltà di recesso ai sensi dell'art. 1899 c.c.

Piano Assicurativo: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D	Durata del Contratto (in mesi): <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 60	Premio unico: €
--	--	------------------------

DATI DELL'ADERENTE

Ditta Individuale / Società			
Denominazione	Partita Iva		
Codice Fiscale	Data di Costituzione		
Indirizzo della Sede Legale	Cap	Località	Prov.
Indirizzo Email	Recapito Telefonico		
Titolare / Rappresentante Legale			
Cognome	Nome		
Codice Fiscale	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di Nascita	
Luogo di Nascita	Prov.		
Indirizzo di residenza	Cap	Località	Prov.
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza)	Cap	Località	Prov.

DATI DELL'ASSICURATO

Cognome	Nome		
Codice Fiscale	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di Nascita	
Luogo di Nascita	Prov.		
Indirizzo di residenza	Cap	Località	Prov.
Indirizzo di domicilio (se diverso da residenza)	Cap	Località	Prov.
Qualifica ricoperta nella ditta individuale/società: <input type="checkbox"/> Rappresentante Legale <input type="checkbox"/> Amministratore <input type="checkbox"/> Socio <input type="checkbox"/> Titolare			

AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e dell'art. 38 bis del Regolamento Ivass n. 35/2010, si segnala la possibilità per l'Aderente/Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia: www.metlife.it.
- Possono essere assicurate una o due persone fisiche per ditta individuale/società aderente; resta inteso che nel caso in cui siano assicurate due persone fisiche, ciascun Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere il presente modulo.

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE**Informativa contrattuale e precontrattuale**

Dichiaro di:

1. aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del Contratto prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 52 del Regolamento Ivass n. 5/2006;
2. aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e delle Condizioni di assicurazione relative al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 49 del Regolamento Ivass n. 5/2006.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente (leggibile) _____

Adesione al Programma Assicurativo

Presa visione dell'Informativa precontrattuale e delle Condizioni di assicurazione relative al prodotto assicurativo, dichiaro di:

1. aderire al Programma Assicurativo secondo il piano e la durata indicati nel box denominato "Costi della copertura assicurativa";
2. essere a conoscenza che l'adesione al Programma Assicurativo è facoltativa;
3. essere a conoscenza che il Programma Assicurativo non è abbinato ad alcun finanziamento anche qualora lo stesso sia venduto contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il premio assicurativo sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento e che, di conseguenza, in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la copertura assicurativa rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio o quota parte di premio;
4. essere consapevole che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 della data di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo, a condizione che il premio corrispondente sia pagato;
5. essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
6. essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente (leggibile) _____

Consenso al trattamento dei dati

Dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. n. 196/2003) dichiaro di essere consapevole che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'informativa stessa. Mediante la sottoscrizione della presente clausola, acconsento al trattamento dei dati personali, anche sensibili, secondo le modalità e per le finalità indicate nella suddetta informativa, ivi inclusa la trasmissione delle comunicazioni in corso di Contratto svolta anche mediante tecniche di comunicazione a distanza ai sensi dell'art. 21 del Regolamento Ivass n. 35/2010, per scopi assicurativi inerenti all'esecuzione del Contratto ed alla valutazione della qualità del servizio reso, da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in qualità di Titolare, il quale potrà avvalersi dei soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Aderente (leggibile) _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO**Consenso alla conclusione del Contratto**

Dichiaro di:

1. prestare il consenso alla conclusione del Contratto da parte dell'Aderente;
2. aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e delle Condizioni di assicurazione relative al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 49 del Regolamento Ivass n. 5/2006;
3. essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi.
4. rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Assicurato (leggibile) _____

Consenso al trattamento dei dati

Dopo aver ricevuto copia e preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali riportata nelle condizioni di assicurazione, ai sensi della normativa sulla privacy (d.lgs. n. 196/2003) dichiaro di essere consapevole che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisco eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'informativa stessa. Mediante la sottoscrizione della presente clausola, acconsento al trattamento dei dati personali, anche sensibili, secondo le modalità e per le finalità indicate nella suddetta informativa, ivi inclusa la trasmissione delle comunicazioni in corso di Contratto svolta anche mediante tecniche di comunicazione a distanza ai sensi dell'art. 21 del Regolamento Ivass n. 35/2010, per scopi assicurativi inerenti all'esecuzione del Contratto ed alla valutazione della qualità del servizio reso, da parte di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia in qualità di Titolare, il quale potrà avvalersi dei soggetti, anche situati al di fuori dell'UE, indicati nella predetta informativa.

Data (gg/mm/aa) _____ Firma Assicurato (leggibile) _____