

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di Assicurazione Infortuni e Malattia

Convenzione assicurativa n. AH/20/730 stipulata da Sella Personal Credit 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**
- **Fac-simile del Modulo di Adesione al Programma Assicurativo**

Informazione importante

La polizza assicurativa è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato da Sella Personal Credit S.p.A. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Sella Personal Credit S.p.A.

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

MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna. Amministratori: Brenda Dunne (cittadina irlandese), Lyndon Oliver (cittadino americano), Edward Palmer (cittadino inglese), Eilish Finan (cittadina irlandese), Nick Hayter (cittadino inglese), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Dirk Ostijn (cittadino belga), Miriam Sweeney (cittadina irlandese), Mario Valdes (cittadino messicano).

Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c., Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Direzione generale, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083481007, REA n. 1348910, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicuratrici.

Assicurazione Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP Danni)



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

Prodotto:
AH/20/730

Questo documento è stato realizzato in data 20/07/2020 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

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. Sella Personal Credit S.p.A., in qualità di contraente della Convenzione collettiva n. AH/20/730, offre la polizza ai propri clienti.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede 2 diversi pacchetti di garanzie a scelta dell'assicurato.

PACCHETTO A

- ✓ **Decesso da infortunio**
Somma assicurata: € 120.000,00.
- ✓ **Invalità Permanente da infortunio**
Somma assicurata: importo variabile calcolato sulla base della somma assicurata pari a €120.000,00 in proporzione al grado di invalidità permanente accertato.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da infortunio**
Somma assicurata: € 200,00 al mese, fino ad un massimo di 6 prestazioni per annualità assicurativa.
- ✓ **Rimborso Spese Mediche da infortunio**
Somma assicurata: le spese mediche e di cura sostenute, fino ad un massimo di € 5.000,00 per annualità assicurativa. In assenza di ricovero/intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/rieducativi, la prestazione massima è pari a € 2.500,00 per annualità assicurativa.
- ✓ **Frattura ossea o Ustione da infortunio**
Somma assicurata: € 1.500,00 per ogni frattura garantita e € 10.000,00 per ogni ustione, fino ad un massimo di 3 sinistri o € 30.000,00 per annualità assicurativa. Per le sole fratture ossee, la prestazione massima è pari a € 4.500,00 per annualità assicurativa.

PACCHETTO B

- ✓ **Decesso da infortunio**
Somma assicurata: € 120.000,00.
- ✓ **Invalità Permanente da infortunio**
Somma assicurata: importo variabile calcolato sulla base della somma assicurata pari a €120.000,00 in proporzione al grado di invalidità permanente accertato.
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia**
Somma assicurata: € 200,00 al mese, fino ad un massimo di 6 prestazioni per annualità assicurativa.
- ✓ **Rimborso Spese Mediche da infortunio**
Somma assicurata: le spese mediche e di cura sostenute, fino ad un massimo di € 5.000,00 per annualità assicurativa. In assenza di ricovero/intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/rieducativi, la prestazione massima è pari a € 2.500,00 per annualità assicurativa.
- ✓ **Intervento Chirurgico da infortunio o malattia**
Somma assicurata: da € 200,00 a € 5.000,00 in base alla classe di appartenenza dell'intervento effettuato, fino ad un massimo di € 15.000,00 per annualità assicurativa.

GARANZIA OPZIONALE

Al pacchetto scelto può essere abbinata la seguente garanzia:

- **Diaria da Ricovero da infortunio**
Somma assicurata: € 65,00 al giorno, fino ad un massimo di 120 giorni per 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?" del DIP aggiuntivo Danni;
- ✗ sono portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.



Ci sono limiti di copertura?

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

- ! guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione generale, occupazione militare ed invasione; se l'assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino o dallo Stato della Città del Vaticano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- ! danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- ! delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ! partecipazione attiva dell'assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- ! abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ! alcolismo acuto e cronico;
- ! tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- ! viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- ! pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport: paracadutismo, uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere; pugilato; atletica pesante; football americano; rugby; speleologia; sci acrobatico; alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio; sci alpinismo; bob; guidoslitta; hockey a rotelle e su ghiaccio; salti dal trampolino con sci o idrosci; sport subacquei relativamente ad immersioni con autorespiratore; motonautica; canoa fluviale; arrampicata libera (free climbing); arti marziali in genere; automobilismo e motociclismo; lotta nelle sue varie forme; downhill;
- ! partecipazione a competizioni e relativi allenamenti svolti in qualità di tesserato sotto l'egida delle federazioni sportive competenti o comunque remunerative e/o a carattere professionistico;
- ! guida ed uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni e nelle relative prove o collaudi, e di mezzi di locomozione subacquei;
- ! servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- ! infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici, anomalie congenite e stati patologici antecedenti alla data di inizio della polizza, 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;
- ! malattia mentale o nervosa se causa o concausa del sinistro.

Per la garanzia **Decesso** sono inoltre esclusi:

- ! il suicidio dell'assicurato;
- ! le conseguenze di infarto.

Per la garanzia Invalidità Permanente:

- ! è prevista una franchigia assoluta del 3% per invalidità permanenti fino al 10% della totale.
- ! Sono inoltre escluse le conseguenze di infarto.

Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale:

- ! è previsto un periodo di franchigia di 30 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di inabilità.

In caso di Inabilità Temporanea Totale **da infortunio**, sono inoltre escluse le conseguenze di:

- ! ogni affezione lombare o dorsale senza una patologia comprovata;
- ! infarto.

In caso di Inabilità Temporanea Totale **da infortunio o malattia**, sono inoltre escluse le conseguenze di:

- ! ogni affezione lombare o dorsale senza una patologia comprovata;
- ! gravidanza, puerperio e patologie correlate;
- ! HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Per la garanzia Rimborso Spese Mediche:

- ! è prevista una franchigia del 10%, con un minimo di € 100,00 per sinistro.

Sono inoltre escluse:

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

Per la garanzia Frattura ossea o Ustione:

- ! la percentuale corporea colpita da ustione deve essere pari o superiore al 4,5% del corpo.

Per la garanzia Diaria da Ricovero sono inoltre escluse:

- ! le degenze diurne in day hospital;
- ! le conseguenze di infarto.

Per la garanzia Intervento chirurgico:

- ! è previsto un periodo di carenza di 30 giorni consecutivi in caso di malattia. Il periodo di carenza viene esteso rispettivamente a 60 giorni in caso di aborto terapeutico e 300 giorni in caso di parto o taglio cesareo.

Sono inoltre esclusi gli interventi:

- ! di chirurgia plastica o estetica, anche se conseguenza di infortunio o malattia;
- ! di chirurgia refrattiva;
- ! di chirurgia dentale, anche se conseguenza di infortunio o malattia;
- ! per la donazione di organi o tessuti;
- ! per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici antecedenti alla data di inizio della polizza;
- ! finalizzati alla fecondazione, al trattamento dell'infertilità e all'aborto volontario;
- ! finalizzati alla cura dell'obesità;
- ! correlati ad infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- ! correlati a malattia mentale o nervosa, trattamenti di dialisi.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma **operano all'estero 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 e comprensivo di imposta. Il premio viene addebitato dalla Compagnia sul tuo conto corrente bancario per il tramite del Broker.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia ore 24.00 della data riportata sul modulo di adesione alla polizza - che non potrà in ogni caso essere successiva alla data di pagamento del premio - a condizione che il premio sia pagato. La polizza ha durata annuale. Successivamente essa si intenderà tacitamente rinnovata di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, l'assicurato non abbia ancora compiuto 75 anni, sia in possesso dei requisiti di assicurabilità ed abbia pagato il premio.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, puoi recedere dalla polizza, entro 60 giorni dalla data di decorrenza della medesima, inviando una lettera raccomandata A/R alla Compagnia presso la Contraente. 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 comunque disdire la polizza ad ogni ricorrenza annuale della stessa, inviando una lettera raccomandata A/R alla Compagnia con preavviso di 30 giorni. In tal caso le garanzie cessano alla scadenza annuale della polizza che non sarà più rinnovata.

Assicurazione Infortuni e Malattia

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

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



Prodotto: AH/20/730

Questo documento è stato realizzato in data 20/07/2020 ed è l'ultimo disponibile.

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

L'assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

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

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

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2019 è pari a € 1.651.724.000,00 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 € 1.647.345.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 172%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 772.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.330.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 347.000.000. 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.



Che cosa è assicurato?

PACCHETTO A

Decesso da infortunio	In caso di decesso dell'assicurato a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde al beneficiario un indennizzo pari a € 120.000,00. La prestazione viene corrisposta a condizione che il decesso sia avvenuto, anche successivamente alla scadenza del contratto, entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e sia riconducibile allo stesso.
Invalità Permanente da Infortunio	In caso di invalidità permanente riconosciuta all'assicurato a seguito di Infortunio (IP) l'Impresa corrisponde al beneficiario un indennizzo calcolato sulla base della somma assicurata pari a € 120.000,00, in proporzione al grado di IP accertato: <ul style="list-style-type: none">IP fino al 3%: in franchigia, nessun indennizzo viene corrisposto;IP dal 3% al 10%: l'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente la franchigia del 3%;IP superiore al 10%: l'indennizzo viene corrisposto interamente, senza applicazione della franchigia del 3%; La prestazione viene corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none">l'IP sia accertata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'unione europea;l'IP sia accertata, anche successivamente alla scadenza del contratto, entro 2 anni dall'infortunio e sia riconducibile allo stesso;l'IP sia superiore alla franchigia.
Inabilità Temporanea Totale da infortunio	In caso di inabilità temporanea totale dell'assicurato a seguito di infortunio (ITT) l'Impresa corrisponde al beneficiario una prestazione fissa pari a € 200,00 ogni 30 giorni, a partire dal 31° giorno di ITT, fino ad un massimo di 6 prestazioni per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none">l'ITT sia iniziata nel periodo di validità della polizza;l'ITT abbia una durata superiore al periodo di franchigia;l'ITT sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'unione europea.
Rimborso spese mediche da Infortunio	In caso di infortunio, l'Impresa rimborsa al beneficiario le spese mediche e di cura sostenute, entro 120 giorni dalla data dell'infortunio, fino ad un massimo di € 5.000,00 per annualità assicurativa. Se le spese mediche e di cura sono sostenute in assenza di ricovero/intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/rieducativi, la prestazione massima è pari a € 2.500,00 per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, previa deduzione di una franchigia pari al 10%, con il minimo di € 100,00 per sinistro, che rimane a carico dell'assicurato. Qualora l'assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, l'Impresa rimborserà i ticket integralmente senza applicazione della franchigia.
Frattura ossea o Ustione da Infortunio	In caso di Frattura ossea a seguito di infortunio tra quelle di seguito riportate, l'Impresa corrisponde al beneficiario una prestazione pari a € 1.500,00 per ogni singola frattura ossea. La prestazione viene corrisposta a condizione che la frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'infortunio. FRATTURE OSSEE GARANTITE <ul style="list-style-type: none">Anca, bacino, gamba, rotula, femore, tallone;Gomito, avambraccio, omero, frattura di Colles;Scapola, clavicola, sterno;Mano, piede;Colonna vertebrale, una o più coste, coccige, cranio;Mascella inferiore o superiore, zigomo, naso.

	In caso di Ustione a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde al beneficiario una prestazione pari a € 10.000,00. La prestazione viene corrisposta a condizione che la percentuale corporea colpita da ustione sia pari o superiore al 4,5% del corpo. La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di 3 sinistri o € 30.000,00 per annualità assicurativa. Per le sole fratture ossee riportate nella stessa annualità assicurativa, la prestazione massima è pari a € 4.500,00 per annualità assicurativa.
--	---

PACCHETTO B

Decesso da infortunio	In caso di decesso dell'assicurato a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde al beneficiario un indennizzo pari a € 120.000,00. La prestazione viene corrisposta a condizione che il decesso sia avvenuto, anche successivamente alla scadenza del contratto, entro 2 anni dal giorno dell'infortunio e sia riconducibile allo stesso.																					
Invalità Permanente da Infortunio	In caso di Invalità Permanente riconosciuta all'assicurato a seguito di Infortunio (IP) l'Impresa corrisponde al beneficiario un indennizzo calcolato sulla base della somma assicurata pari a € 120.000,00, in proporzione al grado di IP accertato: <ul style="list-style-type: none"> ▪ IP fino al 3%: in franchigia, nessun indennizzo viene corrisposto; ▪ IP dal 3% al 10%: l'indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente la franchigia del 3%; ▪ IP superiore al 10%: l'indennizzo viene corrisposto interamente, senza applicazione della franchigia del 3%; La prestazione viene corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'IP sia accertata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'unione europea; ▪ l'IP sia accertata, anche successivamente alla scadenza del contratto, entro 2 anni dall'Infortunio e sia riconducibile allo stesso; ▪ l'IP sia superiore alla franchigia. 																					
Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia	In caso di inabilità temporanea totale dell'assicurato a seguito di infortunio o malattia (ITT) l'Impresa corrisponde al beneficiario una prestazione fissa pari a € 200,00 ogni 30 giorni, a partire dal 31° giorno di ITT, fino ad un massimo di 6 prestazioni per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'ITT sia iniziata nel periodo di validità della polizza; ▪ l'ITT abbia una durata superiore al periodo di franchigia; ▪ l'ITT sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'unione europea. 																					
Rimborso spese mediche da Infortunio	In caso di infortunio, l'Impresa rimborsa al beneficiario le spese mediche e di cura sostenute, entro 120 giorni dalla data dell'infortunio, fino ad un massimo di € 5.000,00 per annualità assicurativa. Se le spese mediche e di cura sono sostenute in assenza di ricovero/intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/rieducativi, la prestazione massima è pari a € 2.500,00 per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, previa deduzione di una franchigia pari al 10%, con il minimo di € 100,00 per sinistro, che rimane a carico dell'assicurato. Qualora l'assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, l'Impresa rimborserà i ticket integralmente senza applicazione della franchigia.																					
Intervento Chirurgico da infortunio o malattia	In caso di intervento chirurgico occorso all'assicurato a seguito di infortunio, malattia, aborto terapeutico o traumatico, parto o taglio cesareo, l'Impresa corrisponde al beneficiario l'indennizzo indicato nella tabella che segue, in base alla classe di appartenenza dell'intervento effettuato, così come specificata nel nomenclatore. La prestazione massima è pari a € 15.000,00 per annualità assicurativa. <table border="1" style="margin: 10px auto; width: 80%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th colspan="7">CLASSI DELL'INTERVENTO E INDENNIZZI</th> </tr> <tr> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>€ 200,00</td> <td>€ 300,00</td> <td>€ 400,00</td> <td>€ 1.000,00</td> <td>€ 2.500,00</td> <td>€ 4.000,00</td> <td>€ 5.000,00</td> </tr> </tbody> </table> La prestazione viene corrisposta a condizione che: <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'infortunio, la prima diagnosi della malattia, l'aborto terapeutico o traumatico, il parto o taglio cesareo e l'intervento chirurgico siano avvenuti nel periodo di validità della polizza; ▪ l'intervento chirurgico: <ul style="list-style-type: none"> - 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. 	CLASSI DELL'INTERVENTO E INDENNIZZI							1	2	3	4	5	6	7	€ 200,00	€ 300,00	€ 400,00	€ 1.000,00	€ 2.500,00	€ 4.000,00	€ 5.000,00
CLASSI DELL'INTERVENTO E INDENNIZZI																						
1	2	3	4	5	6	7																
€ 200,00	€ 300,00	€ 400,00	€ 1.000,00	€ 2.500,00	€ 4.000,00	€ 5.000,00																

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO – GARANZIA OPZIONALE

Diaria da Ricovero da infortunio	In caso di ricovero in istituto di cura dell'assicurato a seguito di infortunio, l'Impresa corrisponde al beneficiario una diaria pari a € 65,00, per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 120 giorni per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a condizione che il ricovero: <ul style="list-style-type: none"> ▪ sia iniziato nel periodo di validità della polizza; ▪ sia disposto da personale medico e documentato da cartella clinica; ▪ comporti almeno un pernottamento in istituto di cura.
---	--



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al numero 06.492161 .
	Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: 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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare di essere portatore di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66%) possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa si impegna al pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi: a) se perdi i requisiti di assicurabilità o diventi soggetto non assicurabile; b) recesso dal contratto. L'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza cessa: <ul style="list-style-type: none"> ▪ in caso di decesso; ▪ se perdi i requisiti di assicurabilità o diventi soggetto non assicurabile; ▪ in caso di recesso dal contratto; ▪ in caso di disdetta del contratto.
Sospensione	Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se non paghi il premio la polizza resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto è dovuto.



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Sono assicurabili le persone che, al momento dell'adesione alla polizza:

- sono residenti in Italia;
- sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- abbiano un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti.



Quali costi devo sostenere?

I costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio) variano in base all'anno di decorrenza della polizza e sono i seguenti:

Anno 1	55,00% del premio netto imposte
Anni 2 e 3 (primo e secondo rinnovo)	40,00% del premio netto imposte
Anno 4 e seguenti (terzo rinnovo e seguenti)	35,00% del premio netto imposte

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati: METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma Tel. 06.492161 Fax 06.49216300 Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti". Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.
----------------------------------	---

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS – Servizio tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it . In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Infortuni e Malattia – Convenzione assicurativa n. AH/20/730

stipulata da Sella Personal Credit S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato realizzato in data 20/07/2020 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.

INDICE

GLOSSARIO	2
SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI	3
Art. 1 – Caratteristiche del prodotto	3
Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo	4
2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto	4
2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo	4
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo	4
2.4 – Recesso	4
2.5 – Disdetta.....	4
Art. 3 – Premio assicurativo	5
3.1 – Premio	5
3.2 – Modalità di pagamento del Premio	5
3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi	5
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	5
Art. 5 – Aggravamento e Diminuzione del rischio in corso di Contratto	5
Art. 6 – Legge applicabile	5
Art. 7 – Prescrizione	5
Art. 8 – Risoluzione delle controversie	5
8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione.....	5
8.2 – Arbitrato	5
Art. 9 – Valuta	6
Art. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione	6
Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione	6
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO	6
Art. 12 – Programma Assicurativo	6
Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie	6
Art. 14 – Persone assicurabili	6
Art. 15 – Esclusioni valide per tutte le garanzie	6
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO A	7
Art. 16 – Decesso a seguito di Infortunio	7
16.1 – Oggetto della garanzia.....	7
16.2 – Morte presunta.....	7
16.3 – Esclusioni.....	7
Art. 17 – Invalidità Permanente a seguito di Infortunio	7
17.1 – Oggetto della garanzia.....	7
17.2 – Franchigia	8
17.3 – Criteri di Indennizzo	8
17.4 – Esclusioni.....	8
Art. 18 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio	8
18.1 – Oggetto della garanzia.....	8
18.2 – Esclusioni.....	9
18.3 – Franchigia	9
18.4 – Prestazione massima.....	9
Art. 19 – Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio	9
19.1 – Oggetto della garanzia.....	9
19.2 – Esclusioni.....	9
19.3 – Franchigia	9
19.4 – Prestazione massima.....	9
Art. 20 – Frattura ossea o Ustione a seguito di Infortunio	10
20.1 – Oggetto della garanzia.....	10
20.2 – Prestazione massima.....	10

Art. 21 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio – Garanzia opzionale	10
21.1 – Oggetto della garanzia.....	10
21.2 – Esclusioni.....	10
21.3 – Prestazione massima.....	10

SEZIONE IV – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO B10

Art. 22 – Decesso a seguito di Infortunio	10
22.1 – Oggetto della garanzia.....	10
22.2 – Morte presunta.....	11
22.3 – Esclusioni.....	11
Art. 23 – Invalidità Permanente a seguito di Infortunio	11
23.1 – Oggetto della garanzia.....	11
23.2 – Franchigia	11
23.3 – Criteri di Indennizzo	11
23.4 – Esclusioni.....	12
Art. 24 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia	12
24.1 – Oggetto della garanzia.....	12
24.2 – Esclusioni.....	12
24.3 – Franchigia.....	12
24.4 – Prestazione massima.....	12
Art. 25 – Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio.....	12
25.1 – Oggetto della garanzia.....	12
25.2 – Esclusioni.....	13
25.3 – Franchigia.....	13
25.4 – Prestazione massima.....	13
Art. 26 – Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia.....	13
26.1 – Oggetto della garanzia.....	13
26.2 – Esclusioni.....	13
26.3 – Carenza	13
26.4 – Prestazione massima.....	14
Art. 27 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio – Garanzia opzionale	14
27.1 – Oggetto della garanzia.....	14
27.2 – Esclusioni.....	14
27.3 – Prestazione massima.....	14

SEZIONE V – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO14

Art. 28 – Denuncia di Sinistro	14
Art. 29 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	14
Art. 30 – Criteri per la determinazione dell’Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro.....	15

SEZIONE VI – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI15

Art. 31 – Richiesta di Informazioni	15
Art. 32 – Reclami.....	15
32.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni	15
32.2 – Reclami all’Intermediario.....	15
32.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza.....	16

INFORMATIVA PRIVACY16

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

GLOSSARIO

Addebito diretto Sepa (SDD): strumento di pagamento mediante il quale il debitore (Assicurato) in base ad un accordo preliminare (mandato) autorizza il creditore (Compagnia) a disporre addebiti sul proprio conto corrente per pagamenti ricorrenti o singoli.

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

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

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto, che aderisce al Programma Assicurativo e sostiene il pagamento del Premio.

Beneficiario: l’Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari. Con riferimento alla garanzia Decesso a seguito di Infortunio, l’Assicurato può designare un beneficiario diverso compilando l’apposita sezione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo o con successiva designazione.

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

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

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

Contraente: Sella Personal Credit S.p.A. con sede legale in Via Bellini, 2 - 10121 Torino, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000200298, in data 26/10/2007.

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

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento.

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

Diaria: indennità giornaliera.

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Eestero: il territorio al di fuori dei confini della Repubblica italiana.

Franchigia:

- per la garanzia Invalidità Permanente, parte del danno (espressa in percentuale) che rimane a carico dell'Assicurato;
- per la garanzia Inabilità Temporanea Totale, 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 fisiche obiettivamente constatabili.

Intermediario: il soggetto iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, che è incaricato della distribuzione della Polizza.

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.

Italia: il territorio della Repubblica italiana.

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.

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

Nomenclatore: l'elenco degli interventi chirurgici classificati per tipologia e suddivisi per classi di indennizzo Mod. NI Ed. 2020/07.

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

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

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

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

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

Ustione: lesione dei tessuti per effetto di elevato calore/freddo o per l'azione di sostanze chimiche caustiche, scariche elettriche o radiazioni.

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

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. Sella Personal Credit S.p.A., in qualità di Contraente della Convenzione collettiva n. AH/20/730, offre la polizza ai propri clienti.

Sono inclusi nel Programma Assicurativo anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza e colpa anche gravi;

- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici e fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità civili e militari durante servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi ed i voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri**;
- gli infortuni subiti durante lo stato di guerra (dichiarata o non dichiarata) insurrezione, occupazione militare ed invasione **per un periodo massimo di 14 giorni** dall'inizio delle ostilità, se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino o dallo Stato della Città del Vaticano in un paese fino ad allora in pace;
- gli infortuni causati da malessere o malore e dagli stati di incoscienza che non siano provocati dall'**abuso di psicofarmaci**, dall'**uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico** o da **Alcolismo**;
- le lesioni determinate da sforzi;
- le ernie traumatiche e le ernie addominali da sforzo, con l'intesa che:
 - qualora l'ernia risulti operabile secondo parere medico, 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. 8.2.

La Compagnia assume il rischio sulla base delle comunicazioni della Contraente e delle dichiarazioni dell'Assicurato.

i **La Polizza non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato dalla Contraente. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con la Contraente.

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

2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento della sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato.

2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data riportata sul Modulo di adesione al Programma Assicurativo - che non potrà in ogni caso essere successiva alla data di pagamento del Premio - **a condizione che il Premio sia pagato**.

Il Programma Assicurativo ha durata annuale. Successivamente esso si intenderà **tacitamente rinnovato** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, l'Assicurato non abbia ancora compiuto **75 anni**, sia in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 14 lett. a), b) ed abbia pagato il Premio, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 2.5.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) se, in corso di Contratto, l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 14 lett. a), b) o diventa soggetto non assicurabile ai sensi dell'art. 14;
- c) in caso di recesso dal Contratto;
- d) in caso di disdetta del Contratto.

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

Nei casi b), c) la Compagnia restituirà all'Assicurato 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.

i **La Polizza non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato dalla Contraente. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con la Contraente.

2.4 – Recesso

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

2.5 – Disdetta

L'Assicurato ha diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale del medesimo, inviando una **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia con **preavviso di 30 giorni** sulla data di scadenza annuale. In tal caso le garanzie cessano alla scadenza annuale del Contratto ed il Programma Assicurativo non sarà più rinnovato.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è annuo e varia in base al pacchetto di garanzie scelto dall'Assicurato. È previsto un Premio aggiuntivo per la garanzia opzionale Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio.

	PREMIO ANNUO	PREMIO ANNUO AGGIUNTIVO
PACCHETTO A	€ 366,00	€ 48,00
PACCHETTO B	€ 420,00	

Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio viene addebitato dalla Compagnia sul conto corrente bancario dell'Assicurato per il tramite del Broker.

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se l'Assicurato non paga il Premio il Programma Assicurativo resta sospeso fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato paga quanto è da lui dovuto.

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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

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

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

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 14.

Art. 6 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 7 – Prescrizione

Le garanzie di cui al presente Contratto sono classificate nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno pertanto indennizzati dalla Compagnia.

Art. 8 – Risoluzione delle controversie

8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione

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

8.2 – Arbitrato

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, la Compagnia e l'Assicurato (di seguito le "parti") potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di 3 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 dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio

medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art. 9 – Valuta

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

Art. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altri contratti di assicurazione aventi ad oggetto il medesimo rischio.

L'Assicurato non può sottoscrivere più di un Contratto relativo alla Convenzione assicurativa n. AH/20/730. Qualora dovesse verificarsi tale eventualità, la Compagnia considererà valido esclusivamente il Contratto sottoscritto con la data più remota e restituirà all'Assicurato i premi incassati, al netto delle imposte, in relazione ai contratti sottoscritti successivamente.

Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione

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

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 12 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede 2 diversi pacchetti di garanzie a scelta dell'Assicurato, cui può essere abbinata la garanzia opzionale Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio.

PACCHETTO A

Questo pacchetto prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Decesso** a seguito di Infortunio
- ✓ **Invalidità Permanente** a seguito di Infortunio
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di Infortunio
- ✓ **Rimborso Spese Mediche** a seguito di Infortunio
- ✓ **Frattura ossea o Ustione** a seguito di Infortunio

PACCHETTO B

Questo pacchetto prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Decesso** a seguito di Infortunio
- ✓ **Invalidità Permanente** a seguito di Infortunio
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di Infortunio o Malattia
- ✓ **Rimborso Spese Mediche** a seguito di Infortunio
- ✓ **Intervento chirurgico** a seguito di Infortunio o Malattia

GARANZIA OPZIONALE

- ✓ **Diaria da Ricovero** a seguito di Infortunio

Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ma **operano all'Estero a condizione che l'Assicurato si rechi all'Estero per un massimo di 60 giorni per Annualità assicurativa.**

Art. 14 – Persone assicurabili

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

- a) siano residenti in Italia;
- b) siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- c) abbiano un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti.

Non sono assicurabili le persone fisiche che siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

Art. 15 – Esclusioni valide per tutte le garanzie



La Compagnia non sarà tenuta a prestare alcuna garanzia e non sarà obbligata a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea o da altre leggi o regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- guerra (dichiarata o non dichiarata), insurrezione generale, occupazione militare ed invasione; se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, dalla Repubblica di San Marino o dallo Stato della Città del Vaticano, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- Alcolismo;
- tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- viaggi e voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo, ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;
- pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport: paracadutismo, uso di deltaplano, ultraleggero, parapendio e sport aerei in genere; pugilato; atletica pesante; football americano; rugby; speleologia; sci acrobatico; alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio; sci alpinismo; bob; guidoslitta; hockey a rotelle e su ghiaccio; salti dal trampolino con sci o idrosci; sport subacquei relativamente ad immersioni con autorespiratore; motonautica; canoa fluviale; arrampicata libera (free climbing); arti marziali in genere; automobilismo e motociclismo; lotta nelle sue varie forme; downhill;
- partecipazione a competizioni e relativi allenamenti svolti in qualità di tesserato sotto l'egida delle federazioni sportive competenti o comunque remunerative e/o a carattere professionistico;
- guida ed uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in competizioni e nelle relative prove o collaudi e di mezzi di locomozione subacquei;
- servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici, anomalie congenite e stati patologici antecedenti alla data di Decorrenza del 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;
- Malattia mentale o nervosa se causa o concausa del Sinistro.

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO A

Art. 16 – Decesso a seguito di Infortunio

16.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo pari a € 120.000,00.

La prestazione viene corrisposta a condizione che il decesso sia avvenuto, anche successivamente alla scadenza del Contratto, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio e sia riconducibile allo stesso.

16.2 – Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, 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 dell'art. 60 e seguenti c.c. Se dopo la liquidazione della somma assicurata 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. Resta inteso che l'Assicurato, a restituzione avvenuta, potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita o residua, senza che possano essere invocati dalla Compagnia eventuali termini di Prescrizione che decorreranno da quel momento in avanti.

16.3 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono esclusi dal Programma Assicurativo:

- il suicidio dell'Assicurato;
- le conseguenze di infarto.

Art. 17 – Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

17.1 – Oggetto della garanzia



Per Invalidità Permanente si intende la perdita permanente, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata. L'Invalidità Permanente deve essere stata causata da Infortunio oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di invalidità permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

In caso di Invalidità Permanente riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio (IP) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo calcolato sulla base della somma assicurata pari a € 120.000,00, in proporzione al grado di IP accertato.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'IP venga accertata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;

- l'IP venga accertata, anche successivamente alla scadenza del Contratto, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio e sia riconducibile allo stesso;
- l'IP sia superiore alla Franchigia del 3%.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Permanente.

17.2 – Franchigia

In caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio (IP) fino al 10% della totale, è prevista l'applicazione di una Franchigia assoluta del 3%. Di conseguenza:

- se l'IP è pari o inferiore al 3%, il Sinistro è in Franchigia e nessun Indennizzo viene corrisposto;
- se l'IP è superiore 3% e fino al 10%, l'Indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente la Franchigia del 3%;
- se l'IP è superiore al 10%, l'Indennizzo viene corrisposto interamente, senza applicazione della Franchigia del 3%.

Esempio

L'esempio è formulato considerando la somma assicurata pari a € 120.000,00.

PERCENTUALE IP	2%	7%	20%
INDENNIZZO	Nessuno Il grado di IP è inferiore alla Franchigia del 3%	€ 4.800,00 Si applica la Franchigia del 3%	€ 24.000,00 Non si applica la Franchigia del 3%

17.3 – Criteri di Indennizzo

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 (IP) 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 IP 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 IP 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 o di una falange dell'alluce è stabilito nella metà della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito, mentre per la perdita di una falange di qualunque altro dito l'indennizzo è stabilito 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 IP soltanto l'asportazione totale;
- nei casi di IP 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 e uditive si procederà alla quantificazione del grado di IP tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi;
- in caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o arto già minorato, le percentuali di IP saranno diminuite tenendo conto del grado di IP preesistente;
- per la perdita di elementi dentari potrà essere concesso l'Indennizzo per IP in misura da stabilirsi caso per caso, proporzionalmente alla diminuita capacità masticatoria o fonatoria causata dalla perdita stessa.

17.4 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di infarto.

Art. 18 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio

18.1 – Oggetto della garanzia



Per Inabilità Temporanea Totale si intende la perdita totale e temporanea della capacità dell'Assicurato di:

- attendere alla propria professione, se lavoratore;
- attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti alla vita umana (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) se non lavoratore.

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di Infortunio (ITT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una prestazione fissa pari a € 200,00 ogni 30 giorni, a partire dal 31° giorno di ITT.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'ITT sia iniziata nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia;
- l'ITT sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

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, **fino a concorrenza dei limiti indicati all'art. 18.4.**

18.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- infarto.

18.3 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio (ITT) abbia una durata superiore al periodo di Franchigia pari a **30 giorni** consecutivi. La Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di ITT. Se, dopo meno di 30 giorni dal termine di una precedente ITT indennizzata, si verifica una nuova ITT, questa nuova ITT viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto, la Franchigia non viene applicata di nuovo, ma la massima durata d'indennizzo di 6 prestazioni si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.

Esempio	
PERIODO DI ITT	INDENNIZZO
Dal 12/09/2019 al 07/10/2019	Nessuno (il periodo di ITT è inferiore alla franchigia)
Dal 12/09/2019 al 17/11/2019	€ 400,00

18.4 – Prestazione massima

L'Indennizzo è corrisposto **fino ad un massimo di 6 prestazioni** per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.

Art. 19 – Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

19.1 – Oggetto della garanzia

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

La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, previa deduzione della Franchigia.

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

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

19.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo:

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

19.3 – Franchigia

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

Esempio

Qualora l'Assicurato, per accertamenti diagnostici dovuti ad Infortunio, sostenga spese mediche per complessivi € 300,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 200,00.

19.4 – Prestazione massima

La prestazione massima è pari a **€ 5.000,00** per Annualità assicurativa.

Se le spese mediche e di cura sono sostenute in assenza di ricovero/intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/rieducativi, la prestazione massima è pari a **€ 2.500,00** per Annualità assicurativa.

Art. 20 – Frattura ossea o Ustione a seguito di Infortunio

20.1 – Oggetto della garanzia

A. Frattura ossea

Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una Frattura ossea a seguito di Infortunio tra quelle di seguito riportate, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo pari a € 1.500,00 per ogni singola Frattura ossea.

FRATTURE OSSEE GARANTITE

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

La prestazione viene corrisposta a condizione che 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 evidenzi che l'Assicurato sia affetto da **osteoporosi** o da **altra Malattia delle ossa**, la garanzia Frattura ossea a seguito di Infortunio opera con riferimento al Sinistro denunciato, dopodiché cessa. Resta inteso che l'Assicurato potrà continuare ad usufruire di tutte le altre garanzie previste dal Programma Assicurativo.

B. Ustione

Nel caso in cui sia diagnosticata all'Assicurato una Ustione a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo pari a € 10.000,00.

La prestazione viene corrisposta a condizione che la percentuale corporea colpita da Ustione sia pari o superiore al 4,5% del corpo.

20.2 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **3 sinistri** o **€ 30.000,00** per Annualità assicurativa. Per le sole fratture ossee riportate nella stessa Annualità assicurativa, la prestazione massima è pari a **€ 4.500,00** per Annualità assicurativa.

Esempi

- In caso di un sinistro con 3 ustioni e 2 fratture ossee tra quelle garantite riportate dall'Assicurato nella medesima Annualità assicurativa, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari ad € 30.000,00.
- In caso di un sinistro con 2 ustioni e 4 fratture ossee tra quelle garantite riportate dall'Assicurato nella medesima Annualità assicurativa, la Compagnia corrisponde un Indennizzo pari ad € 24.500,00.

Art. 21 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio – Garanzia opzionale

21.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero in Istituto di cura dell'Assicurato a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una Diaria pari a € 65,00 per ogni giorno di degenza con pernottamento.

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Ricovero:

- **sia iniziato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;**
- **sia disposto da personale medico e documentato da cartella clinica;**
- **comporti almeno un pernottamento in Istituto di cura.**

Al termine del periodo di validità del Programma Assicurativo, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza, **fino a concorrenza dei limiti indicati all'art. 21.3.**

21.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, non sono indennizzabili:

- **le degenze diurne in Day hospital;**
- **le conseguenze di infarto.**

21.3 – Prestazione massima

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

Esempio

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura per 130 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 7.800,00.

SEZIONE IV – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO – PACCHETTO B

Art. 22 – Decesso a seguito di Infortunio

22.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso dell'Assicurato a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo pari a € 120.000,00.

La prestazione viene corrisposta a condizione che il decesso sia avvenuto, anche successivamente alla scadenza del Contratto, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio e sia riconducibile allo stesso.

22.2 – Morte presunta

Se il corpo dell'Assicurato non viene ritrovato e si presume sia avvenuto il decesso, 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 dell'art. 60 e seguenti c.c. Se dopo la liquidazione della somma assicurata 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. Resta inteso che l'Assicurato, a restituzione avvenuta, potrà far valere i propri diritti per l'invalidità permanente eventualmente subita o residua, senza che possano essere invocati dalla Compagnia eventuali termini di Prescrizione che decorreranno da quel momento in avanti.

22.3 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono esclusi dal Programma Assicurativo:

- il suicidio dell'Assicurato;
- le conseguenze di infarto.

Art. 23 – Invalidità Permanente a seguito di Infortunio

23.1 – Oggetto della garanzia



Per Invalidità Permanente si intende la perdita permanente, in misura totale o parziale, della capacità generica dell'Assicurato all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, indipendentemente dalla professione esercitata. L'Invalidità Permanente deve essere stata causata da Infortunio oggettivamente accertabile ed indipendente dalla volontà dell'Assicurato. Per il calcolo del grado di invalidità permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

In caso di Invalidità Permanente riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio (IP) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario un Indennizzo calcolato sulla base della somma assicurata pari a € 120.000,00, in proporzione al grado di IP accertato.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'IP venga accertata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;
- l'IP venga accertata, anche successivamente alla scadenza del Contratto, entro 2 anni dal giorno dell'Infortunio e sia riconducibile allo stesso;
- l'IP sia superiore alla Franchigia del 3%.

Resta inteso che qualora si verifichi il decesso dell'Assicurato prima che la Compagnia abbia accertato la stabilizzazione dei postumi invalidanti ed il decesso non sia indennizzabile a termini di Polizza, gli eredi dell'Assicurato potranno comunque dimostrare la sussistenza del diritto all'Indennizzo mediante la consegna di documentazione idonea a provare lo stato di Invalidità Permanente.

23.2 – Franchigia

In caso di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio (IP) fino al 10% della totale, è prevista l'applicazione di una Franchigia assoluta del 3%. Di conseguenza:

- se l'IP è pari o inferiore al 3%, il Sinistro è in Franchigia e nessun Indennizzo viene corrisposto;
- se l'IP è superiore 3% e fino al 10%, l'Indennizzo viene corrisposto solo per la parte eccedente la Franchigia del 3%;
- se l'IP è superiore al 10%, l'Indennizzo viene corrisposto interamente, senza applicazione della Franchigia del 3%.

Esempio

L'esempio è formulato considerando la somma assicurata pari a € 120.000,00.

PERCENTUALE IP	2%	7%	20%
INDENNIZZO	Nessuno Il grado di IP è inferiore alla Franchigia del 3%	€ 4.800,00 Si applica la Franchigia del 3%	€ 24.000,00 Non si applica la Franchigia del 3%

23.3 – Criteri di Indennizzo

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 (IP) 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 IP 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 IP 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 o di una falange dell'alluce è stabilito nella metà della percentuale fissata per la perdita totale del rispettivo dito, mentre per la perdita di una falange di qualunque altro dito l'indennizzo è stabilito 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 IP soltanto l'asportazione totale;
- nei casi di IP 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 e uditive si procederà alla quantificazione del grado di IP tenendo conto dell'eventuale applicazione di presidi correttivi;
- in caso di perdita anatomica o funzionale di un organo o arto già minorato, le percentuali di IP saranno diminuite tenendo conto del grado di IP preesistente;
- per la perdita di elementi dentari potrà essere concesso l'Indennizzo per IP in misura da stabilirsi caso per caso, proporzionalmente alla diminuita capacità masticatoria o fonatoria causata dalla perdita stessa.

23.4 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di infarto.

Art. 24 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

24.1 – Oggetto della garanzia

- i** Per Inabilità Temporanea Totale si intende la perdita totale e temporanea della capacità dell'Assicurato di:
- attendere alla propria professione, se lavoratore;
 - attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti alla vita umana (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) se non lavoratore.

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia (ITT) la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una prestazione fissa pari a € 200,00 ogni 30 giorni, a partire dal 31° giorno di ITT.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'ITT sia iniziata nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia;
- l'ITT sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

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, **fino a concorrenza dei limiti indicati all'art. 24.4.**

24.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate;
- HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

24.3 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT) abbia una durata superiore al periodo di Franchigia pari a **30 giorni** consecutivi. La Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di ITT. Se, dopo meno di 30 giorni dal termine di una precedente ITT indennizzata, si verifica una nuova ITT, questa nuova ITT viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto, la Franchigia non viene applicata di nuovo, ma la massima durata d'indennizzo di 6 prestazioni si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.

Esempio

PERIODO DI ITT	INDENNIZZO
Dal 12/09/2019 al 07/10/2019	Nessuno (il periodo di ITT è inferiore alla franchigia)
Dal 12/09/2019 al 17/11/2019	€ 400,00

24.4 – Prestazione massima

L'Indennizzo è corrisposto **fino ad un massimo di 6 prestazioni** per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni occorsi e delle malattie diagnosticate durante l'Annualità assicurativa medesima.

Art. 25 – Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

25.1 – Oggetto della garanzia

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

La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, previa deduzione della Franchigia.

- i** Le spese mediche e di cura oggetto di rimborso sono esclusivamente quelle relative a:
- accertamenti diagnostici;
 - onorari per visite specialistiche;
 - in caso di intervento chirurgico, onorari dei chirurghi, degli aiuti, degli assistenti, degli anestesisti e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, compresi i diritti di sala operatoria ed il materiale di intervento;
 - rette di degenza;
 - medicinali riportati nel prontuario medico;
 - trasporto dell'Assicurato al Pronto Soccorso con mezzi sanitari adibiti al soccorso medico;
 - trattamento fisioterapico/rieducativo prescritto da medico specialista.

25.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo:

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

25.3 – Franchigia

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

Esempio

Qualora l'Assicurato, per accertamenti diagnostici dovuti ad Infortunio, sostenga spese mediche per complessivi € 300,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 200,00.

25.4 – Prestazione massima

La prestazione massima è pari a **€ 5.000,00** per Annualità assicurativa.

Se le spese mediche e di cura sono sostenute in assenza di ricovero/intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/rieducativi la prestazione massima è pari a **€ 2.500,00** per Annualità assicurativa.

Art. 26 – Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia

26.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Intervento Chirurgico occorso all'Assicurato a seguito di Infortunio, Malattia, aborto terapeutico o traumatico, parto o taglio cesareo, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario l'Indennizzo indicato nella tabella che segue, in base alla classe di appartenenza dell'intervento effettuato, così come specificata nel Nomenclatore.

CLASSE DELL'INTERVENTO E RELATIVO INDENNIZZO						
1	2	3	4	5	6	7
€ 200,00	€ 300,00	€ 400,00	€ 1.000,00	€ 2.500,00	€ 4.000,00	€ 5.000,00

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

- l'**Infortunio**, la **prima diagnosi della Malattia**, l'**aborto terapeutico o traumatico**, il **parto o taglio cesareo** e l'**Intervento chirurgico** siano avvenuti nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- l'**Intervento chirurgico**:
 - 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.

Qualora l'Intervento chirurgico non sia ricompreso nel Nomenclatore, la Compagnia, dietro parere medico, corrisponde l'Indennizzo relativo all'intervento più simile per tipo di patologia e tecnica chirurgica presente nel Nomenclatore.

i In caso di più interventi chirurgici effettuati in costanza di Ricovero, la Compagnia corrisponde solo l'Indennizzo relativo all'Intervento di classe più elevata.

In caso di più interventi chirurgici non effettuati in costanza di Ricovero e distanti tra di loro meno di 30 giorni, la Compagnia corrisponde l'Indennizzo che risulti minore tra la somma degli indennizzi dovuti per i singoli interventi effettuati ed il 150% dell'Indennizzo previsto per l'intervento di classe più elevata.

26.2 – Esclusioni

In aggiunta alle esclusioni indicate all'art. 15, sono esclusi dal Programma Assicurativo gli interventi:

- di **chirurgia plastica o estetica**, anche se conseguenza di Infortunio o Malattia;
- di **chirurgia refrattiva**;
- di **chirurgia dentale**, anche se conseguenza di Infortunio o Malattia;
- per la **donazione di organi o tessuti**;
- per l'**eliminazione o la correzione di difetti fisici antecedenti alla data di Decorrenza del Programma Assicurativo**;
- **finalizzati alla fecondazione, al trattamento dell'infertilità e all'aborto volontario**;
- **finalizzati alla cura dell'obesità**;
- **correlati ad infezione da HIV e sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.)**;
- **correlati a Malattia mentale o nervosa, trattamenti di dialisi**.

26.3 – Carenza

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Intervento chirurgico non sia effettuato nel periodo di Carenza pari a:

- **30 giorni** consecutivi, se l'intervento è reso necessario a seguito di Malattia;
- **60 giorni** consecutivi se l'intervento è reso necessario per aborto terapeutico;
- **300 giorni** consecutivi se l'intervento è reso necessario per parto o taglio cesareo.

La Carenza si calcola a partire dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo.

26.4 – Prestazione massima

La prestazione massima per Annualità assicurativa è pari a € 15.000,00, indipendentemente dal numero e dalla tipologia degli interventi chirurgici effettuati durante l'Annualità assicurativa medesima.

Esempio

Considerati 2 interventi chirurgici non effettuati in costanza di Ricovero e distanti tra di loro meno di 30 giorni, rispettivamente in classe 6 e classe 7, la Compagnia corrisponderà un indennizzo pari a € 7.500,00.

Art. 27 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio – Garanzia opzionale

27.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero in Istituto di cura dell'Assicurato a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una Diaria pari a € 65,00 per ogni giorno di degenza con pernottamento.

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Ricovero:

- sia iniziato nel periodo di validità del Programma Assicurativo;
- sia disposto da personale medico e documentato da cartella clinica;
- comporti almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Al termine del periodo di validità del Programma Assicurativo, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza, **fino a concorrenza dei limiti indicati all'art. 28.3.**

27.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, non sono indennizzabili:

- le degenze diurne in Day hospital;
- le conseguenze di infarto.

27.3 – Prestazione massima

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

Esempio

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura per 130 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 7.800,00.

SEZIONE V – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 28 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al Numero **06.492161**. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

Art. 29 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Decesso a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Originale del certificato di morte
- Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

Invalità Permanente a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Documentazione medica comprovante l'entità ed il decorso delle lesioni nonché la stabilizzazione dei postumi invalidanti

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

- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- Verbale redatto dalle autorità intervenute

Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio / Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

- Certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa (solo per lavoratori autonomi)

- Dichiarazione in originale rilasciata dal datore di lavoro attestante l'intero periodo di inabilità lavorativa (solo per lavoratori dipendenti)
 - Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale
- Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:
- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero
 - Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
 - Verbale redatto dalle autorità intervenute
 - Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio

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

Frattura ossea a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Frattura ossea

Ustione a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso con indicazione della percentuale corporea colpita da Ustione rilasciato entro 48 ore dall'evento

Intervento Chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia

- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi, periodo di degenza, descrizione e codice dell'Intervento chirurgico effettuato

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

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

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.

Art. 30 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

I criteri per la determinazione dell'Indennizzo sono indicati nelle Sezioni III e IV - agli articoli denominati "Oggetto della garanzia" - per ciascuna garanzia offerta.

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

SEZIONE VI – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 31 – Richiesta di Informazioni

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

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

Art. 32 – Reclami

32.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

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

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

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

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

32.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati direttamente alla sua sede e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Ove il

reclamo dovesse pervenire alla Compagnia, la stessa, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente all'Intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

32.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

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

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

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

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

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

Ai fini dell'emissione e gestione della polizza, potrebbe fornire a MetLife o agli altri intermediari assicurativi che collaborano con MetLife, eventuali dati che la normativa qualifica come "particolari categorie di dati personali" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. la liquidazione di un eventuale sinistro). Per "dato particolare" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni 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 eleggibile a determinate coperture. In altre circostanze, la sua copertura potrebbe essere interrotta (ad es. per il raggiungimento dei limiti di età o per mancato pagamento del premio entro i limiti consentiti). L'utilizzo di processi decisionali automatizzati per tali finalità è necessario ai fini della conclusione e della gestione dei nostri contratti di polizza, riduce gli errori e aumenta il livello di servizio. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica scrivendo a info.privacy@metlife.it.

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

Come contattarci o chiedere aiuto

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

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

Come possiamo contattarla

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

Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

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

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

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

Taluni suoi dati potrebbero, inoltre, essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente 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 e, in particolare, negli Stati Uniti. Relativamente al trasferimento dei dati all'estero, il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dalla legge italiana anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

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

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

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

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

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

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

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Polizza Infortuni e Malattia – AH/20/730

Dati dell'Assicurato

Nome:					Cognome:					
CF:					Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Data di Nascita:					Luogo di Nascita:					Prov.:
Indirizzo:					Cap:	Comune:				Prov.:
Recapito Telefonico:					Indirizzo E-mail:					

Garanzia per la quale si richiede l'Indennizzo

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Decesso a seguito di Infortunio
<input type="checkbox"/> Invalità Permanente a seguito di Infortunio
<input type="checkbox"/> Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio
<input type="checkbox"/> Rimborsamento spese mediche a seguito di Infortunio | <input type="checkbox"/> Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia
<input type="checkbox"/> Frattura ossea o Ustione a seguito di Infortunio
<input type="checkbox"/> Intervento Chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia
<input type="checkbox"/> Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio |
|--|--|

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

Riferimenti di Conto Corrente

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

Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro

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

Decesso a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Originale del certificato di morte
- Originale o copia conforme all'originale del certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza

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

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalità permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

Invalità Permanente a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Documentazione medica comprovante l'entità ed il decorso delle lesioni nonché la stabilizzazione dei postumi invalidanti

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

- Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalità permanente rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico
- Verbale redatto dalle autorità intervenute

Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio / a seguito di Infortunio o Malattia

- Certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa (solo per lavoratori autonomi)
- Dichiarazione in originale rilasciata dal datore di lavoro attestante l'intero periodo di inabilità lavorativa (solo per lavoratori dipendenti)
- Certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:

- Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero
- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

Rimborsamento spese mediche a seguito di Infortunio

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

Frattura ossea a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Esame radiografico attestante la Frattura ossea

Ustione a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso con indicazione della percentuale corporea colpita da Ustione rilasciato entro 48 ore dall'evento

Intervento Chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia

- Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi, periodo di degenza, descrizione e codice dell'Intervento chirurgico effettuato

Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

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

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.

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 dall'aderente; 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.

Presenza 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.**

<input checked="" type="checkbox"/>	/ /	Firma dell'Assicurato / Esercente la potestà o del tutore per assicurati minorenni
	Data (gg/mm/aa)	
<input checked="" type="checkbox"/>	/ /	Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato
	Data (gg/mm/aa)	

¹ Per "particolari categorie di dati personali", ai sensi della normativa vigente, si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute dell'interessato, nonché l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, la vita sessuale e i dati giudiziari.

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

APPENDICE AL SET INFORMATIVO

COMPAGNIA:	MetLife Europe d.a.c. con Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. La presente Appendice è emessa dalla Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. avente Sede in Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma
OGGETTO:	Set informativo della Convenzione assicurativa n. AH/20/730
DECORRENZA:	20/07/2020

Con la presente Appendice, che costituisce parte integrante e sostanziale del Set informativo in oggetto, la Compagnia comunica quanto segue.

Nel caso in cui l'Assicurato sia un lavoratore dipendente del settore pubblico appartenente ad un'amministrazione convenzionata con la Compagnia, le Condizioni di assicurazione e il Modulo di adesione al Programma Assicurativo si intendono modificati e sostituiti come segue.

GLOSSARIO

(omissis)

Amministrazione: l'amministrazione pubblica delegata dall'Assicurato ad effettuare l'addebito del Premio tramite ritenuta in busta paga.

(omissis)

Scheda di delega: il documento con cui l'Assicurato autorizza l'Amministrazione ad addebitare il Premio tramite ritenuta in busta paga.

(omissis)

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

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

(omissis)

2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di pagamento della prima rata di Premio e ha durata annuale. Successivamente esso si intenderà **tacitamente rinnovato** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, l'Assicurato non abbia ancora compiuto **75 anni**, sia in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 14 lett. a), b) ed abbia pagato il Premio, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 2.5.

Art. 3 – Premio assicurativo

(omissis)

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio è corrisposto su base mensile dall'Assicurato, mediante ritenuta sulla sua busta paga. A tal fine l'Assicurato dovrà compilare e sottoscrivere la scheda di delega allegata al Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se l'Assicurato non paga la prima rata di Premio stabilita dal Contratto, il Programma Assicurativo resta sospeso fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute l'Assicurato non paga i premi successivi, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza.

L'Assicurato può riattivare il Programma Assicurativo versando i premi mancanti. In questo caso il Programma Assicurativo riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicurato paga quanto è da lui dovuto, senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione del Programma Assicurativo non saranno indennizzati.

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Polizza Infortuni e Malattia – Convenzione assicurativa n. AH/20/730

stipulata da Sella Personal Credit S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

POLIZZA N. _____

Informazione importante

La polizza assicurativa è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato da Sella Personal Credit Spa. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Sella Personal Credit Spa.

DATI DELL'ASSICURATO

Nome e Cognome:	Codice Fiscale:		
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Indirizzo di Residenza:	Cap:	Comune:	Prov.:
Indirizzo E-mail:	Recapito Telefonico:		

INFORMATIVA SUL PROGRAMMA ASSICURATIVO

GARANZIE

Il Programma Assicurativo prevede le garanzie incluse nel pacchetto selezionato:

PACCHETTO A

- ✓ **DECESSO** a seguito di Infortunio
- ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE** a seguito di Infortunio
- ✓ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** a seguito di Infortunio
- ✓ **RIMBORSO SPESE MEDICHE** a seguito di Infortunio
- ✓ **FRATTURA OSSEA O USTIONE** a seguito di Infortunio

PACCHETTO B

- ✓ **DECESSO** a seguito di Infortunio
- ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE** a seguito di Infortunio
- ✓ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** a seguito di Infortunio o Malattia
- ✓ **RIMBORSO SPESE MEDICHE** a seguito di Infortunio
- ✓ **INTERVENTO CHIRURGICO** a seguito di Infortunio o Malattia

GARANZIA OPZIONALE

- DIARIA DA RICOVERO** a seguito di Infortunio

DECORRENZA: dalle ore 24.00 della data di pagamento della prima rata di Premio **DURATA:** annuale con tacito rinnovo

COSTI

Il Premio è annuo ed è pari all'importo di seguito riportato. Il Premio è corrisposto su base mensile dall'Assicurato, mediante ritenuta sulla sua busta paga.

IMPORTO PREMIO ANNUO (commissioni incluse): €

DI CUI IMPOSTE: €

IMPORTO RATA MENSILE: €

DI CUI IMPOSTE: €

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- L'Assicurato ha la possibilità di consultare la propria posizione assicurativa accedendo all'Area Riservata presente sul sito www.metlife.it.

INFORMATIVA CONTRATTUALE / PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo (art. 56 Regolamento Ivass n. 40/2018);
- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione (art. 58 Regolamento Ivass n. 40/2018).

► **Data:** _____ **Firma (leggibile)**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI 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 della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** 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 di categorie particolari di dati personali** per l'emissione e gestione del contratto.

► **Data:** _____ **Firma (leggibile)**

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Presa visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro di:

1. aderire al Programma assicurativo scegliendo le garanzie sopra indicate;
2. essere a conoscenza che il Programma Assicurativo è **facoltativo** e **non è connesso ad alcun prodotto finanziario** collocato da Sella Personal Credit Spa e che, di conseguenza, rimarrà invariato ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Sella Personal Credit Spa;
3. essere a conoscenza che per tutte le garanzie il Beneficiario è l'Assicurato o, in caso di decesso, i suoi eredi legittimi e testamentari; con riferimento alla garanzia Decesso a seguito di Infortunio, l'Assicurato può designare un beneficiario diverso compilando l'apposita sezione del presente modulo o con successiva designazione;
4. rispettare i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
5. compilare e sottoscrivere la scheda di delega allegata al presente modulo;
6. prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Compagnia www.metlife.it o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Sella Personal Credit Spa nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art. 120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

► **Data:** Firma (leggibile)

Dichiaro inoltre di non essere portatore di invalidità permanente di grado pari o superiore al 66% della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

► **Data:** Firma (leggibile)

Dichiaro, infine, di aver letto e compreso le Condizioni di assicurazione e di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. le seguenti disposizioni: art. 2 Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo; art. 3 Premio assicurativo; art. 7 Prescrizione; art. 8 Risoluzione delle controversie; art. 14 Persone assicurabili; art. 15 Esclusioni valide per tutte le garanzie; artt. 16 e 22 Decesso a seguito di Infortunio; artt. 17 e 23 Invalidità Permanente a seguito di Infortunio; art. 18 Inabilità temporanea Totale a seguito di Infortunio; artt. 19 e 25 Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio; art. 20 Frattura ossea o Ustione a seguito di Infortunio; artt. 21 e 27 Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio – Garanzia opzionale; art. 24 Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia; art. 26 Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia; art. 28 Denuncia di Sinistro.

► **Data:** Firma (leggibile)

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO – FACOLTATIVA

Con riferimento alla garanzia Decesso a seguito di Infortunio, il sottoscritto designa il seguente Beneficiario:

Nome e Cognome:	Cod. Fisc.:		
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Indirizzo di Residenza:	Cap:	Comune:	Prov.:
Indirizzo E-mail:	Recapito Telefonico:		

Altri dati utili per l'identificazione del Beneficiario (es. grado di parentela, rapporto con l'Assicurato, ecc.):

Il sottoscritto dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni al Beneficiario prima dell'evento.

AVVERTENZE

- In caso di mancata o incompleta compilazione dei dati relativi al Beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del Beneficiario.
- Qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il Beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005.
- La modifica o revoca del Beneficiario deve essere comunicata tempestivamente alla Compagnia.

Per specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto identifica inoltre un referente terzo, diverso dal Beneficiario, a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'Assicurato (indicare i dati anagrafici e il codice fiscale utili per l'identificazione ed il contatto):

► **Data:** Firma (leggibile)

Resta inteso che le suddette modifiche troveranno automatica applicazione in tutti gli articoli delle Condizioni di assicurazione non espressamente richiamati nella presente Appendice, prevalendo definitivamente sulle precedenti diverse disposizioni.

FERMO IL RESTO

Emessa in Roma, il 20/07/2020.

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

