

# MetLife Europe d.a.c.

## Rappresentanza Generale per l'Italia

### Surgical Cash

**Contratto di Assicurazione Infortuni e Malattia**

**Convenzione assicurativa n. AH/17/09 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**

**I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:**

- **DIP Danni - Documento informativo precontrattuale danni**
- **DIP aggiuntivo Danni - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo danni**
- **Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa sul trattamento dei dati personali**
- **Facsimile del Modulo di adesione al Programma Assicurativo**

#### Informazione importante

La polizza assicurativa è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il premio assicurativo sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento. Di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio o quota parte di premio.**

L'assicurato può **recedere** dal contratto mediante semplice richiesta scritta in forma libera da inviare alla Compagnia a mezzo di lettera raccomandata A/R.

## Assicurazione Infortuni e Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo  
(DIP Danni)

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

Prodotto:  
Surgical Cash - AH/17/09

Questo documento è stato aggiornato in data 30/11/2020 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. La banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. AH/17/09, offre la polizza ai propri clienti.

La polizza **non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il premio assicurativo sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento. Di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di premio o quota parte di premio.**



### Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Intervento chirurgico** da infortunio o malattia  
Somma assicurata: prestazione variabile da € 200,00 a € 5.000,00 in base alla classe di appartenenza dell'intervento chirurgico effettuato, fino ad un massimo di € 15.000,00 per assicurato e per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da gesso** da infortunio  
Somma assicurata: € 30,00 al giorno, fino ad un massimo di 30 giorni per assicurato e per annualità assicurativa.
- ✓ **Diaria da ricovero** da infortunio  
Somma assicurata: € 25,00 al giorno, fino ad un massimo di 90 giorni per assicurato e 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 ai 2/3 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:

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

Sono inoltre esclusi:

- ! i viaggi aerei effettuati su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri; su aeromobili di aeroclub; su apparecchi per il volo da diporto o sportivo;
- ! gli interventi chirurgici, le applicazioni di apparecchio gessato o tutore immobilizzante ed i ricoveri riconducibili a infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici, anomalie congenite e stati patologici preesistenti alla data di adesione alla polizza.

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

- ! le fratture del singolo dito del piede o della mano;
- ! le fratture delle ossa nasali;
- ! le infrazioni, i distacchi parcellari e le lesioni cartilaginee.

eccezionale.

Per la garanzia **Intervento chirurgico**:

- ! in caso di intervento conseguente a malattia è previsto un periodo di carenza di 30 giorni consecutivi a partire dalla data di inizio della polizza; il periodo di carenza viene elevato 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 quando conseguenza di infortunio o malattia;
- ! finalizzati alla fecondazione, all'infertilità e all'aborto volontario;
- ! per la donazione di organi o tessuti;
- ! per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla data di adesione alla polizza;
- ! di chirurgia refrattiva;
- ! di chirurgia dentale, anche quando conseguenza di infortunio o malattia;
- ! riconducibili a infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), malattie mentali o trattamenti di dialisi;
- ! finalizzati alla cura dell'obesità.



## Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie Intervento chirurgico e Diaria da gesso sono valide senza limiti territoriali, a condizione che l'assicurato soggiorni all'estero per un massimo di 60 giorni per annualità assicurativa.
- ✓ Con riferimento alla garanzia Diaria da ricovero, il ricovero deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.



## Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia presentando i documenti elencati nel modulo di denuncia.



## Quando e come devo pagare?

### Premio finanziato

Il premio è annuo e comprensivo di imposta. Il premio viene finanziato dalla Contraente per il numero di mensilità che hai scelto (12 o 24) ed è versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

In caso di tacito rinnovo della polizza, il premio relativo alle annualità successive al numero di mensilità finanziate sarà frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul tuo conto corrente bancario senza oneri aggiuntivi a tuo carico.

### Premio mensile

Il premio è annuo e comprensivo di imposta. Il premio viene frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul tuo conto corrente bancario senza oneri aggiuntivi a tuo carico.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia dalle ore 24.00 della data di pagamento del premio e rimane in vigore per un anno. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità e la convenzione collettiva stipulata tra la Contraente e la Compagnia sia in vigore.



## Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dal contratto entro 60 giorni dalla data di inizio della polizza. In tal caso ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

Puoi inoltre disdire la polizza ad ogni ricorrenza annuale con 30 giorni di preavviso. In tal caso ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Puoi recedere dal contratto o disdire la polizza mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso il broker scrivendo a [Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona](mailto:Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona), oppure all'indirizzo e-mail: [brokeronlinebackoffice@pec.it](mailto:brokeronlinebackoffice@pec.it).

# Assicurazione Infortuni e Malattia

## Documento informativo relativo al prodotto assicurativo (DIP aggiuntivo Danni)

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



Prodotto: Surgical Cash - AH/17/09

Questo documento è stato aggiornato in data 30/11/2020 ed è l'ultimo disponibile.

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

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

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

<b>Intervento chirurgico da infortunio o malattia</b>	In caso di intervento chirurgico dovuto ad infortunio, malattia, aborto terapeutico o traumatico, parto o taglio cesareo, l'Impresa corrisponde un indennizzo prestabilito in misura fissa e forfettaria in base alla classe di appartenenza dell'intervento chirurgico effettuato specificata nel Nomenclatore, entro il massimale previsto in polizza.
<b>Diaria da gesso da infortunio</b>	In caso di frattura ossea che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante, l'Impresa corrisponde una diaria pari a € 30,00 per ogni giorno in cui l'assicurato sia portatore di apparecchio gessato o tutore immobilizzante, entro il massimale previsto in polizza. Per le fratture ossee di bacino, sterno, femore, colonna vertebrale, una o più costole o cranio (purché radiologicamente accertate) l'Impresa corrisponde la diaria sulla base dei giorni di riposo indicati nel certificato di Pronto Soccorso.
<b>Diaria da Ricovero da infortunio</b>	In caso di ricovero in Istituto di cura, l'Impresa corrisponde una diaria pari a € 25,00 per ogni giorno di ricovero, entro il massimale previsto in polizza.

### Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

#### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<b>Piano di garanzie</b>	In alternativa al Piano di garanzie Individuo, a protezione del solo contraente, è possibile scegliere il <u>Piano di garanzie Famiglia</u> che permette di estendere la copertura assicurativa al tuo nucleo familiare.
--------------------------	--



### Che cosa NON è assicurato?

<b>Rischi esclusi</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
-----------------------	---



### Ci sono limiti di copertura?

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



### Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<b>Denuncia di sinistro:</b> i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa presso il Broker all'indirizzo <a href="mailto:Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona">Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona</a> , oppure all'indirizzo e-mail <a href="mailto:supportodb@brokeronline.it">supportodb@brokeronline.it</a> . La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure telefonare al numero <b>800.92.13.13</b> dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00.
	<b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> non prevista.

	<b>Gestione da parte di altre imprese:</b> non prevista.
	<b>Prescrizione:</b> 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.
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	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 ai 2/3) possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	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?

<b>Premio</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
<b>Rimborso</b>	Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ perdita dei requisiti di assicurabilità o manifestazione di una condizione di inassicurabilità;</li> <li>▪ recesso dal contratto;</li> <li>▪ disdetta del contratto;</li> </ul> L'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte e della parte di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	La polizza cessa: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ in caso di decesso dell'assicurato;</li> <li>▪ qualora vengano meno i requisiti di assicurabilità o sopraggiunga una delle condizioni di inassicurabilità;</li> <li>▪ in caso di recesso dal contratto;</li> <li>▪ in caso di disdetta del contratto.</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	Se non paghi il premio entro la scadenza di pagamento, la copertura della polizza si sospende dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo la scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non ti saranno indennizzati. Puoi riattivare la copertura della polizza dalle ore 24:00 del giorno in cui paghi quanto dovuto, senza efficacia retroattiva.



## Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
<b>Risoluzione</b>	Non prevista.



## A chi è rivolto questo prodotto?

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

- siano residenti in Italia;
- siano munite di codice fiscale o tessera sanitaria italiana;
- abbiano un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti con riferimento all'aderente ed al coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio dell'aderente e tra 0 e 56 anni non compiuti con riferimento ai figli dell'aderente.



## Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio)	65,00% del premio netto imposte relativo alle prime 12 o 24 mensilità finanziate 60,00% del premio netto imposte relativo alle annualità successive al numero di mensilità finanziate
--	--

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'Impresa assicuratrice</b>	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: <b>METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI</b> Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma   Fax 06.49216300   Indirizzo e-mail: <a href="mailto:reclami@metlife.it">reclami@metlife.it</a> Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito <a href="http://www.metlife.it">www.metlife.it</a> 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.
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> . 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:**

<b>Mediazione</b>	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a> (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
<b>Negoziazione assistita</b>	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: <a href="http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm">http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm</a> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

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

## Condizioni di Assicurazione

**Surgical Cash - Convenzione assicurativa AH/17/09 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**

Questo documento è stato aggiornato in data 30/11/2020 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](http://www.metlife.it) o nella loro area riservata, secondo quanto previsto dal Codice delle Assicurazioni Private e dal Regolamento Ivass n. 41/2018.

### Glossario

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

**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 della copertura assicurativa.

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

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

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

**Carenza:** periodo di tempo durante il quale la copertura assicurativa non è efficace. 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 n. 6, 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet [www.metlife.it](http://www.metlife.it) all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia.

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

**Contratto (o Polizza):** il contratto di assicurazione stipulato dall'Assicurato con la Compagnia, anche mediante Firma elettronica digitale.

**Day hospital:** degenza diurna senza pernottamento.

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

**Diaria:** indennità giornaliera.

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

**Esclusioni:** i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

**Firma elettronica digitale:** particolare tipo di firma elettronica avanzata basata su un certificato qualificato e su un sistema di chiavi crittografate che consente, al titolare tramite la chiave privata e al destinatario tramite la chiave pubblica, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l'integrità di un documento informatico.

**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.

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

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

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione.

**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, anche mediante Firma elettronica digitale, 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. 2018/03.

**Nucleo familiare:** comprende le persone fisiche di seguito indicate:

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

**Premio:** la somma versata alla Compagnia per la copertura assicurativa offerta.

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

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

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

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

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

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

## ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

Si tratta di una polizza infortuni e malattia **facoltativa** che ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona. La banca, in qualità di Contraente della convenzione collettiva n. AH/17/09, offre la polizza ai propri clienti.

La Polizza **non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il Premio sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento. Di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio o quota parte di Premio.**

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

## ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dalla Compagnia prevede le seguenti garanzie:

- a) **Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia;**
- b) **Diaria da gesso a seguito di Infortunio;**
- c) **Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio.**

Le garanzie a) e b) sono valide senza limiti territoriali, **a condizione che l'Assicurato si rechi all'Estero per un massimo di 60 giorni per Annualità assicurativa.** Con riferimento alla garanzia c) **il Ricovero deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.**

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

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

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

Sono compresi in garanzia anche:

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

## ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI E FORMALITÀ DI AMMISSIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

### 3.1 – Persone assicurabili

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

- a) siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
- b) siano munite di codice fiscale o tessera sanitaria italiana;
- c) abbiano un'età compresa tra 18 e 71 anni non compiuti con riferimento all'Aderente ed al coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio dell'Aderente e tra 0 e 56 anni non compiuti con riferimento ai figli dell'Aderente.



### Informazione importante

Non sono assicurabili le persone fisiche che siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

Qualora in corso di Contratto l'Assicurato dovesse perdere i requisiti di assicurabilità oppure dovesse sopraggiungere una condizione di non assicurabilità di cui al presente articolo, la copertura assicurativa cessa alla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata all'Assicurato ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia. In tal caso la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Resta inteso che, nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Famiglia, la copertura assicurativa continua ad operare con riferimento agli altri componenti del Nucleo familiare.

### 3.2 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione, anche mediante Firma elettronica digitale, del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Aderente.

In caso di sottoscrizione del Modulo di adesione con Firma elettronica digitale, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio di una copia cartacea dei documenti sottoscritti. Per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservare la documentazione sottoscritta dall'Assicurato, quest'ultimo potrà richiedere un duplicato informatico o una copia cartacea del documento informatico sottoscritto.

### 3.3 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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

- sono causa di annullamento del Contratto quando l'Aderente abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, la Compagnia avrà diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, la Compagnia non sarà tenuta a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 c.c.;
- non sono causa di annullamento del Contratto quando l'Aderente abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, la Compagnia potrà recedere dal Contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Aderente 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. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 della data di pagamento del Premio e rimane in vigore per un anno. Successivamente essa si intenderà tacitamente rinnovata, di anno in anno, **a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 3.1, il Premio sia pagato e la Convenzione assicurativa stipulata tra la Contraente e la Compagnia sia in vigore**, salvo disdetta da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 5.2.

La copertura assicurativa cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) qualora, in corso di Contratto, vengano meno i requisiti di cui all'art. 3.1 lettere a) e b) o sopraggiunga una delle condizioni di inassicurabilità di cui all'art. 3.1;
- c) in caso di esercizio del diritto di recesso;
- d) in caso di esercizio del diritto di disdetta.

Nell'ipotesi a) non è dovuta alcuna restituzione di Premio. Nelle ipotesi b), c), d) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati rispettivamente agli artt. 3.1, 5.1 e 5.2.

Con riferimento alle ipotesi a), b), resta inteso che, nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Famiglia, la copertura assicurativa continua ad operare con riferimento agli altri componenti del Nucleo familiare.

### Informazione importante

La Polizza **non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il Premio sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento. Di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio o quota parte di Premio.**

### ART. 5 – RECESSO E DISDETTA

#### 5.1 – Recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dal Contratto **entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza del Programma Assicurativo mediante **semplice richiesta scritta** in forma libera da inviare a mezzo di **lettera raccomandata A/R** alla Compagnia presso il Broker scrivendo a **Brokeronline April, Casella Postale 178, 26100 Cremona, oppure all'indirizzo e-mail: [brokeronlinebackoffice@pec.it](mailto:brokeronlinebackoffice@pec.it)**. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. In tal caso, la Compagnia, per il tramite della Contraente, restituirà all'Aderente, il Premio eventualmente già pagato al netto delle

imposte e della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso. Per informazioni ed assistenza sulle modalità di esercizio del diritto di recesso è possibile contattare la Compagnia presso il Broker scrivendo ai recapiti sopra indicati oppure al numero telefonico **800.92.13.13** dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00 ed il sabato dalle ore 9.00 alle ore 13.00.

## 5.2 – Disdetta

L'Aderente ha diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza annuale, con conseguente cessazione della copertura assicurativa, a mezzo di **lettera raccomandata A/R** indirizzata alla Compagnia presso il Broker scrivendo a **Brokeronline April, Casella Postale 178, 26100 Cremona, oppure all'indirizzo e-mail: [brokeronlinebackoffice@pec.it](mailto:brokeronlinebackoffice@pec.it), con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza.** In tal caso, la Compagnia, per il tramite del Broker, restituirà all'Aderente il Premio eventualmente già pagato al netto della parte di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

## ART. 6 – PRESTAZIONI ASSICURATE

### a) Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia

In caso di Intervento chirurgico dell'Assicurato, reso necessario a seguito di Infortunio, Malattia, aborto terapeutico o traumatico, parto o taglio cesareo, la Compagnia fermi i casi di esclusione specificati all'art. 7, corrisponde al medesimo un Indennizzo prestabilito in misura fissa e forfettaria, in base alla classe di appartenenza dell'Intervento chirurgico effettuato, così come specificata nel Nomenclatore.

Classi 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

L'**Indennizzo massimo complessivo** per persona e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero e dalla tipologia degli interventi chirurgici effettuati, è pari a € 15.000,00.

La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi, periodo di degenza, descrizione e codice dell'Intervento chirurgico effettuato, **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 durante il periodo di validità del Contratto;**
- **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;
  - venga effettuato in Italia o all'estero qualora l'Assicurato si trovi in viaggio fuori del paese per un massimo di 60 giorni per Annualità assicurativa.

### Informazioni importanti

- Qualora l'Intervento chirurgico non sia ricompreso nel Nomenclatore, la classe da attribuire all'intervento sarà stabilita dalla Compagnia, che corrisponderà l'Indennizzo relativo al più simile degli interventi per tipo di patologia e tecnica chirurgica presente nel Nomenclatore.
- 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.
- Qualora l'Intervento chirurgico sia reso necessario a seguito di Malattia, è previsto un periodo di Carenza di 30 giorni consecutivi a partire dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa. Tale periodo di Carenza viene elevato a 60 giorni in caso di aborto terapeutico e 300 giorni in caso di parto o taglio cesareo.

**Esempio:** considerati 2 interventi chirurgici non effettuati in costanza di Ricovero ma distanti tra di loro meno di 30 giorni, rispettivamente in classe 6 e classe 7, 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 ovvero € 7.500,00.

### b) Diaria da gesso a seguito di Infortunio

In caso di Frattura ossea a seguito di Infortunio dell'Assicurato, che comporti l'applicazione di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 7, corrisponde al medesimo una Diaria pari a € 30,00, per ogni giorno in cui l'Assicurato sia portatore di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante, **fino ad un massimo di 30 giorni** per persona e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e delle fratture ossee riportate durante l'Annualità assicurativa medesima.

La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione del certificato di Pronto Soccorso - rilasciato entro 48 ore dall'Infortunio - dell'esame radiografico attestante la Frattura ossea e dei certificati medici originali attestanti l'avvenuta applicazione e rimozione dell'Apparecchio gessato o del Tutore immobilizzante, **a condizione che:**

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

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

**Sono escluse dalla copertura assicurativa: le fratture del singolo dito del piede o della mano; le fratture delle ossa nasali; le infrazioni; i distacchi parcellari; le lesioni cartilaginee.**

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 copertura opera con riferimento al Sinistro denunciato, ma da quel momento in avanti cessa la garanzia Diaria da gesso a seguito di Infortunio. Resta inteso che l'Assicurato potrà usufruire di tutte le altre garanzie previste dal Programma Assicurativo e che, nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Famiglia, la copertura assicurativa continua ad operare con riferimento agli altri componenti del Nucleo familiare.

**Esempio:** considerata una Diaria pari a € 30,00 ed il limite massimo di 30 giorni per persona e per Annualità assicurativa, qualora venga applicato all'Assicurato un Apparecchio gessato per 40 giorni, la Compagnia corrisponde al medesimo un Indennizzo pari a € 900,00.

#### **c) Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio**

In caso di Ricovero in Istituto di cura dell'Assicurato a seguito di Infortunio, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 7, corrisponde al medesimo una Diaria pari a € 25,00, per ogni giorno di Ricovero, **fino ad un massimo di 90 giorni** per persona e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni e dei ricoveri occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.

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

- **l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità del Contratto;**
- **il Ricovero sia avvenuto in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea e sia iniziato nel periodo di validità del Contratto.**

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

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

**Esempio:** considerata una Diaria pari a € 25,00 ed il limite massimo di 90 giorni per persona e per Annualità assicurativa, qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura per 100 giorni, la Compagnia corrisponde al medesimo un Indennizzo pari a € 2.250,00.

#### **ART. 7 – LIMITAZIONI**

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

**Carenza:** con riferimento alla garanzia Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia, qualora l'Intervento chirurgico sia reso necessario a seguito di Malattia, è previsto un periodo di Carenza di 30 giorni consecutivi a partire dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa. Tale periodo di Carenza viene elevato a 60 giorni in caso di aborto terapeutico e 300 giorni in caso di parto o taglio cesareo.

#### **Esclusioni**

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

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

Sono inoltre esclusi gli interventi:

- di chirurgia plastica o estetica, anche quando conseguenza di Infortunio o Malattia;
- finalizzati alla fecondazione, all'infertilità e all'aborto volontario;

- per la donazione di organi o tessuti;
- per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla data di adesione al Programma Assicurativo;
- di chirurgia refrattiva;
- di chirurgia dentale, anche quando conseguenza di Infortunio o Malattia;
- riconducibili a infezione da HIV o sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), malattie mentali o trattamenti di dialisi;
- finalizzati alla cura dell'obesità.

**Patologie preesistenti:** l'assicurazione non è operante per gli interventi chirurgici, le applicazioni di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante ed i ricoveri riconducibili a infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici, anomalie congenite e stati patologici preesistenti alla data di adesione al Programma Assicurativo, intendendosi per tali quelli per i quali l'Assicurato sia stato visitato e/o curato da un medico, abbia assunto terapia farmacologica o abbia eseguito accertamenti diagnostici.

#### **ART. 8 – AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI NELLA PROFESSIONE**

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato intervenute in corso di Contratto, salvo quanto previsto all'art. 3.1 delle Condizioni di assicurazione.

#### **ART. 9 – PREMIO ASSICURATIVO**

##### **9.1 – Premio finanziato**

Il Premio è annuo. Il Premio viene finanziato dalla Contraente - per il numero di mensilità prescelto dall'Aderente (12 o 24) - e versato da quest'ultima alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione. L'importo del Premio è pari a quanto di seguito indicato in funzione del Piano di Garanzie e del numero di mensilità del Premio finanziate:

PIANO DI GARANZIE	NUMERO DI MENSILITÀ FINANZIATE	
	12	24
Individuo	€ 220,00	€ 440,00
Famiglia	€ 415,00	€ 830,00

In caso di tacito rinnovo del Programma Assicurativo, il Premio relativo alle annualità successive al numero di mensilità finanziate, sarà frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul conto corrente bancario dell'Aderente senza oneri aggiuntivi a suo carico. Il Premio è pari a: € 18,50 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo; € 35,00 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia.

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

##### **9.2 – Premio mensile**

Il Premio è annuo. Il Premio viene frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul conto corrente bancario dell'Aderente senza oneri aggiuntivi a suo carico. Il Premio è pari a: € 18,50 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo; € 35,00 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia.

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

##### **9.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento del Premio**

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

Se alle scadenze convenute l'Aderente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia.

L'Aderente può riattivare la copertura assicurativa versando i premi mancanti. In questo caso, l'assicurazione riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Aderente paga quanto è da lui dovuto senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione dell'assicurazione non saranno in ogni caso indennizzati dalla Compagnia.

#### **ART. 10 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI**

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia presso il Broker all'indirizzo **Brokeronline April, casella postale 178, 26100 Cremona**, oppure all'indirizzo e-mail [supportodb@brokeronline.it](mailto:supportodb@brokeronline.it). La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure telefonare al numero **800.92.13.13** dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 20.00 ed il sabato dalle 8.00 alle 13.00. La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati nel modulo di denuncia. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia, per il tramite del Broker, comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione rispetto a quella indicata nel modulo di denuncia Sinistro, a condizione che la richiesta sia circoscritta al sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate. **L'assicurazione di cui al presente Contratto è classificata nel Ramo Danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.** In caso di Sinistro indennizzabile a termini di Polizza, la Compagnia si impegna al pagamento di quanto dovuto al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

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

## **ART. 11 – RECLAMI**

### **11.1 – 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](mailto:reclami@metlife.it)

Il reclamante potrà presentare reclamo alla Compagnia anche utilizzando il modello disponibile sul sito [www.metlife.it](http://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.

### **11.2 – 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.

### **11.3 – 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](mailto: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](http://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](http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

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

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

## **ART. 12 – 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 per iscritto all'indirizzo **MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma** oppure attraverso il sito web all'indirizzo [www.metlife.it](http://www.metlife.it) cliccando su Assistenza Clienti. La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

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

## **ART. 13 – LEGGE APPLICABILE**

Al Contratto si applica la legge italiana.

## **ART. 14 – 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 (Aderente, Assicurato o Beneficiario) previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ai sensi della Legge n. 98/2013, salvo eventuali modifiche successive. La domanda di mediazione viene presentata tramite deposito di apposita

istanza presso un organismo di mediazione accreditato presso il Ministero di Grazia e Giustizia, nel luogo del giudice competente per territorio.

#### **ART. 15 – 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. 16 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI**

L'Aderente è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla Compagnia dell'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

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

#### **ART. 17 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA**

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

## INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

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

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

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

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

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

Ai fini dell'emissione e gestione della polizza, potrebbe fornire a MetLife o agli altri intermediari assicurativi che collaborano con MetLife, eventuali dati che la normativa qualifica come "particolari categorie di dati personali" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. la liquidazione di un eventuale sinistro). Per "dato particolare" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale.

Il conferimento dei suoi dati è pertanto necessario per il perseguimento delle predette finalità e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo (es. per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa anticiclaggio 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](mailto: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](mailto: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](http://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](http://www.metlife.it), scrivendo a MetLife Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure attraverso l'indirizzo e-mail [info.privacy@metlife.it](mailto: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 consorzi del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, COVIP, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dello Sviluppo Economico, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni, pubbliche Autorità.

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

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

#### Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

#### Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

**Consenso al trattamento di particolari categorie di dati personali** (ad es., informazioni attestanti il suo stato di salute e riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche): per consentirci di svolgere le verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d.

assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es. liquidazione di un eventuale sinistro) potremmo aver bisogno di trattare i suoi dati personali e sanitari che ci ha fornito o richiederle in futuro di fornirceli. La raccolta dei suoi dati sanitari ai fini dell'assunzione medica può avvenire anche telefonicamente sul numero di contatto eventualmente fornito al momento dell'adesione. Ciò potrebbe includere la necessità di (i) condividere tali dati con medici od altri consulenti professionali che ci assistono nell'emissione della polizza o nell'assunzione medica o nel gestire una sua richiesta, reclamo o sinistro o nell'amministrazione della polizza (ii) trasferirli verso paesi non appartenenti alla UE ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

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

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

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

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

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



## MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

Convenzione assicurativa n. AH/17/09 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

### Dati dell'Aderente

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:											

### 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

- Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia  
 Diaria da gesso a seguito di Infortunio  
 Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

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

### Riferimenti di Conto Corrente

in caso di liquidazione dell'Indennizzo

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

#### 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 gesso a seguito di Infortunio

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

#### Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

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

#### Per tutte le garanzie, nel caso in cui sia stato prescelto il Piano di Garanzie Famiglia, sarà necessario anche allegare:

- Stato di famiglia dell'Aderente al momento del Sinistro in originale, nel caso in cui il Sinistro riguardi il coniuge o il figlio assicurato dell'Aderente
- Documentazione attestante l'unione civile in originale, se il Sinistro riguarda il partner civile dell'Aderente
- Certificato di residenza del convivente more uxorio dell'Aderente al momento del Sinistro in originale, nel caso in cui il Sinistro riguardi il convivente more uxorio assicurato dell'Aderente

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

## 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](http://www.metlife.it), la informiamo che i dati personali, incluse le particolari categorie di dati<sup>1</sup>, 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 essere 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 Autorità<sup>2</sup>, 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](http://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](http://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)	

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

## MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Questo documento è stato aggiornato in data 30/11/2020 ed è l'ultimo disponibile

**Polizza Surgical Cash Premio finanziato - Convenzione assicurativa n. AH/17/09 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (la Compagnia)**

### DATI RELATIVI ALL'ADERENTE/ASSICURATO

Nome:		Cognome:	
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Codice Fiscale:		Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Residenza:		Cap:	Comune:
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza):		Cap:	Comune:
Indirizzo Email:			
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente		Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	Comune o Stato Estero ed Ente di Rilascio:	

### AVVERTENZE

a) **Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente/Assicurato per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

b) **Prima della sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo, l'Aderente/Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute con particolare attenzione, qualora previsto, al questionario anamnestico.**

c) **Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Aderente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.**

d) **Ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e dell'art. 42 del Regolamento Ivass n. 41/2018, si segnala la possibilità per l'Aderente/Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia.**

e) **Per le polizze vita, qualora la Compagnia si trovi nell'impossibilità di effettuare, a seguito di eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, l'adeguata verifica dell'Aderente/Assicurato, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare il Contratto e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF.**

### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto dichiara di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
  - in formato cartaceo, in caso di sottoscrizione della Polizza con firma autografa;
  - in formato elettronico all'indirizzo e-mail fornito, in caso di sottoscrizione della Polizza con Firma elettronica digitale o tramite Sito internet, con facoltà di chiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo direttamente alla Contraente.

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Aderente/Assicurato (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 Compagnia in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabile su [www.metlife.it](http://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 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_

### ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

**Convenzione assicurativa n. AH/17/09 stipulata da Deutsche Bank Spa con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (la Compagnia)**

**Informazione importante:** la Polizza è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il Premio sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento. Di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio o quota parte di Premio.**

Durata del Programma Assicurativo: 1 anno con tacito rinnovo      Numero di mensilità del Premio finanziate: \_\_\_\_\_      Piano di Garanzie: \_\_\_\_\_

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- ✓ Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia
- ✓ Diaria da gesso a seguito di Infortunio
- ✓ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

Preso visione dell'informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro:

- di aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma elettronica digitale;
- di essere a conoscenza che la Polizza è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun finanziamento** anche qualora la stessa sia venduta contestualmente alla sottoscrizione di un finanziamento e/o abbia una durata pari a quella del finanziamento e/o il Premio sia finanziato unitamente all'importo del finanziamento, e che di conseguenza, **in caso di estinzione anticipata del finanziamento, la Polizza non cessa e rimarrà in vigore fino alla sua naturale scadenza e la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio o quota parte di Premio;**
- di essere consapevole che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 dalla data di pagamento del Premio e rimane in vigore per 1 anno e che successivamente essa si intenderà tacitamente rinnovata, di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 3.1 delle Condizioni di assicurazione, il Premio sia pagato e la Convenzione assicurativa stipulata tra la Contraente e la Compagnia sia in vigore, salvo disdetta da esercitarsi mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza;
- di essere consapevole che alla scadenza del numero di mensilità del Premio finanziate sopraindicato, il Premio relativo alle successive annualità assicurative sarà frazionato su base mensile ed addebitato sul conto corrente da me indicato nel presente modulo o successivamente;
- di essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
- di essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Assicurato;
- che tutti gli assicurati rispettano i requisiti di assicurabilità indicati nelle condizioni di assicurazione;
- di 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](http://www.metlife.it), o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Deutsche Bank 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 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_ Firma Aderente/Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_


**INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Il Premio è annuo e viene finanziato dalla Contraente. L'importo del Premio è pari a quanto di seguito indicato in funzione del Piano di Garanzie prescelto e del numero di mensilità del Premio finanziato (12 o 24). Il Premio viene versato dalla Contraente alla Compagnia in via anticipata ed in un'unica soluzione.

<b>Importo del Premio finanziato (commissioni incluse):</b>	<b>Di cui Imposte:</b>
---	------------------------

In caso di tacito rinnovo del Programma Assicurativo, il Premio relativo alle successive annualità sarà frazionato su base mensile ed addebitato dalla Compagnia sul conto corrente bancario dell'Aderente/Assicurato senza oneri aggiuntivi a suo carico. Il Premio è pari a:

- € 18,50 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo, di cui imposte € 0,46;
- € 35,00 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia, di cui imposte € 0,87.

**Mandato per addebito diretto SEPA - solo in caso di tacito rinnovo del Programma Assicurativo**

L'Aderente/Assicurato, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza: la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente; la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia. L'Aderente/Assicurato ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

IBAN:

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Firma Aderente/Assicurato (*leggibile*) \_\_\_\_\_

## MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Questo documento è stato aggiornato in data 30/11/2020 ed è l'ultimo disponibile

Polizza Surgical Cash Premio mensile - Convenzione assicurativa n. AH/17/09 stipulata da Deutsche Bank S.p.A. con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (la Compagnia)

### DATI RELATIVI ALL'ADERENTE/ASSICURATO

Nome:		Cognome:	
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:	
Codice Fiscale:		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Indirizzo di Residenza:		Recapito Telefonico:	
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza):		Cap:	Comune:
Indirizzo Email:		Cap:	Comune:
Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente		Numero:	
Data di Rilascio:	Data di Scadenza:	Comune o Stato Estero ed Ente di Rilascio:	

### AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Aderente/Assicurato per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Prima della sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo, l'Aderente/Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso contenute con particolare attenzione, qualora previsto, al questionario anamnestico.
- Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Aderente/Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.
- Ai sensi dell'art. 22 della Legge n. 221/2012 e dell'art. 42 del Regolamento Ivass n. 41/2018, si segnala la possibilità per l'Aderente/Assicurato di consultare la propria posizione assicurativa accedendo direttamente all'Area Riservata presente sul sito della Compagnia.
- Per le polizze vita, qualora la Compagnia si trovi nell'impossibilità di effettuare, a seguito di eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, l'adeguata verifica dell'Aderente/Assicurato, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare il Contratto e valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF.

### INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il sottoscritto dichiara di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'adesione, ai sensi dell'art. 58 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 56 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
  - in formato cartaceo, in caso di sottoscrizione della Polizza con firma autografa;
  - in formato elettronico all'indirizzo e-mail fornito, in caso di sottoscrizione della Polizza con Firma elettronica digitale o tramite Sito internet, con facoltà di chiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo direttamente alla Contraente.

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Firma Aderente/Assicurato (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 Compagnia in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a me consegnate e consultabile su [www.metlife.it](http://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 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Firma Aderente/Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_

### ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Convenzione assicurativa n. AH/17/09 stipulata da Deutsche Bank Spa con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (la Compagnia)

**Informazione importante:** la polizza assicurativa è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato da Deutsche Bank Spa. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Deutsche Bank Spa.

Durata del Programma Assicurativo: 1 anno con tacito rinnovo Piano di Garanzie:

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- Intervento chirurgico a seguito di Infortunio o Malattia
  Diaria da gesso a seguito di Infortunio
  Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio

Preso visione dell'informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, dichiaro:

- di aderire al Programma Assicurativo, anche mediante Firma elettronica digitale;
- di essere a conoscenza che il Programma Assicurativo è **facoltativo** e **non è connesso ad alcun prodotto finanziario** collocato da Deutsche Bank Spa e che, di conseguenza, rimarrà invariato ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con Deutsche Bank Spa;
- di essere consapevole che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 dalla data di pagamento del Premio e rimane in vigore per 1 anno e che successivamente essa si intenderà tacitamente rinnovata, di anno in anno, a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 3.1 delle Condizioni di assicurazione, il Premio sia pagato e la Convenzione assicurativa stipulata tra la Contraente e la Compagnia sia in vigore, salvo disdetta da esercitarsi mediante lettera raccomandata A.R. con preavviso di 30 giorni sulla data di scadenza;
- di essere consapevole che il Premio sarà frazionato su base mensile ed addebitato sul conto corrente da me indicato nel presente modulo;
- di essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 60 giorni dalla data di decorrenza della copertura assicurativa secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
- di essere a conoscenza che per tutte le garanzie il beneficiario è l'Assicurato;
- che tutti gli assicurati rispettano i requisiti di assicurabilità indicati nelle condizioni di assicurazione;
- di 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](http://www.metlife.it) o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da Deutsche Bank 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 (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Firma Aderente/Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA RELATIVA AI COSTI DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

Il Premio è annuo e viene frazionato su base mensile senza oneri aggiuntivi. L'importo del Premio è pari a:

- € 18,50 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Individuo, di cui imposte € 0,46;
- € 35,00 al mese in caso di adesione al Piano di Garanzie Famiglia, di cui imposte € 0,87.

Il Premio viene addebitato dalla Compagnia sul conto corrente bancario dell'Aderente/Assicurato.

**Mandato per addebito diretto SEPA - solo in caso di tacito rinnovo del Programma Assicurativo**

L'Aderente/Assicurato, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza la Compagnia a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente; la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia. L'Aderente/Assicurato ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

IBAN:

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Firma Aderente/Assicurato (leggibile) \_\_\_\_\_

