

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

Infortuni in mobilità

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

Convenzione assicurativa n. AH/19/180 stipulata da Telepass S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:

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

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

MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123. Amministratori: Brenda Dunne (cittadina irlandese), Eilish Finan (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Maureen McQueen (cittadino americano), Ruairi O'Flynn (cittadino irlandese), Lyndon Oliver (cittadino americano), Conall Murphy (cittadino irlandese).

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

Assicurazione Infortuni

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



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

Prodotto:
Infortuni in mobilità – AH/19/180

Questo documento è stato aggiornato in data 16/05/2022 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 facoltativa che ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona al di fuori dell'abitazione. Telepass S.p.A., in qualità di contraente della Convenzione collettiva n. AH/19/180, offre la polizza ai propri clienti



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Diaria da Ricovero da infortunio verificatosi in Italia**
- ✓ **Diaria da Convalescenza post ricovero da infortunio verificatosi in Italia**
- ✓ **Diaria da Gesso da infortunio**
- ✓ **Rimborso Spese Mediche da infortunio**
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale da infortunio**

Somma assicurata:

- l'ammontare della somma assicurata è indicato nel certificato di assicurazione;
- se il sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la somma assicurata è raddoppiata;
- in caso di acquisto del Piano Famiglia, la somma assicurata verrà suddivisa in parti uguali tra i componenti assicurati del nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del sinistro, con un minimo di 1/3 per ciascun assicurato.



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;
- ✗ percepiscono una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.



Ci sono limiti di copertura?

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

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

Per la garanzia **Diaria da Ricovero da infortunio verificatosi in Italia** sono inoltre escluse:

- ! le degenze diurne in day hospital.

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

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

Per la garanzia **Rimborso Spese Mediche da infortunio**

- ! è prevista una franchigia pari al 10% con il minimo di € 50,00 per sinistro; la franchigia non si applica se le prestazioni sono erogate dal Servizio Sanitario Nazionale.

Sono inoltre escluse:

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

Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale da infortunio:

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

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

! ogni affezione lombare o dorsale senza una patologia comprovata.



Dove vale la copertura?

✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ad eccezione delle garanzie Diaria da Ricovero da infortunio verificatosi in Italia e Diaria da Convalescenza post Ricovero da infortunio verificatosi in Italia che sono valide a condizione che l'Infortunio si sia verificato in Italia.



Che obblighi ho?

Hai il dovere di pagare il premio.

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



Quando e come devo pagare?

Il premio è mensile e comprensivo di imposta. Il premio viene addebitato dalla contraente sul conto Telepass dell'aderente ed è versato alla Compagnia su base mensile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa inizia alle ore 24,00 della data di acquisto della polizza indicata nel certificato di assicurazione, a condizione che il premio sia pagato.

La polizza ha durata mensile. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di mese in mese, a condizione che, alla data del rinnovo:

- se è stato scelto il Piano Individuo o il Piano Famiglia, l'aderente non abbia ancora compiuto **75 anni**, sia in possesso dei requisiti di assicurabilità ed abbia pagato il premio;
- se è stato scelto il Piano Business:
 - l'assicurato non abbia ancora compiuto **75 anni** e sia in possesso dei requisiti di assicurabilità;
 - l'azienda aderente abbia pagato il premio.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, puoi recedere dalla polizza entro 14 giorni dalla data del suo acquisto, oppure dalla data di ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale se tale data è successiva. In questo caso ti sarà restituito il premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte.

Puoi comunque disdire la polizza ad ogni ricorrenza mensile della stessa, con preavviso di almeno 15 giorni. In questo caso la polizza cessa alla scadenza del periodo assicurativo mensile per il quale è stato versato il relativo premio e non sarà più rinnovata.

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

Assicurazione Infortuni

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

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



Prodotto: Infortuni in mobilità – AH/19/180

Questo documento è stato aggiornato in data 16/05/2022 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 aderente/assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'Impresa.

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

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

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

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

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2021 è pari a € 1.428.305.000,00 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 € 1.423.926.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c. è pari al 196%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 707.000.000 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 1.382.000.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 317.000.000. 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?

Diaria da Ricovero da infortunio verificatosi in Italia	In caso di ricovero in istituto di cura dell'assicurato a seguito di infortunio verificatosi in Italia, l'Impresa corrisponde la diaria indicata nel certificato di assicurazione per ogni giorno di degenza con pernottamento, fino ad un massimo di 120 giorni per persona e per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ l'infortunio si sia verificato in Italia; ▪ il ricovero: - sia iniziato nel periodo di validità della polizza; - sia disposto da personale medico e documentato da cartella clinica; - comporti almeno un pernottamento in istituto di cura. Se il sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la diaria viene raddoppiata.
Diaria da Convalescenza post ricovero da infortunio verificatosi in Italia	In caso di convalescenza dell'assicurato, successiva ad un ricovero indennizzato a termini di polizza, l'Impresa corrisponde la diaria indicata nel certificato di assicurazione per ogni giorno di convalescenza, fino ad un massimo di 30 giorni per persona e per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ il ricovero sia stato indennizzato a termini di polizza; ▪ il periodo di convalescenza sia iniziato nel periodo di validità della polizza; ▪ il periodo di convalescenza sia stato prescritto in fase di dimissione dall'istituto di cura oppure dal medico curante entro e non oltre il terzo giorno dalla dimissione. Se il sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la diaria viene raddoppiata.
Diaria da Gesso da infortunio	In caso di frattura ossea dell'assicurato a seguito di infortunio, che comporti l'applicazione di apparecchio gessato o tutore immobilizzante, l'Impresa corrisponde la diaria indicata nel certificato di assicurazione per ogni giorno in cui l'assicurato è portatore di apparecchio gessato o tutore immobilizzante, fino ad un massimo di 30 giorni per persona e per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ la frattura ossea sia stata diagnosticata entro 30 giorni dalla data dell'infortunio; ▪ l'apparecchio gessato o il tutore immobilizzante siano stati applicati e rimossi da personale medico. Per le fratture ossee di seguito riportate, purché radiologicamente accertate, l'Impresa corrisponde la prestazione sulla base dei giorni di riposo indicati nel certificato di Pronto Soccorso, indipendentemente dal provvedimento terapeutico adottato: frattura del bacino; frattura dello sterno; frattura del femore; frattura della colonna vertebrale; frattura di una o più costole; frattura del cranio. Se il sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la diaria viene raddoppiata.
Rimborso Spese Mediche da infortunio	In caso di infortunio dell'assicurato, l'Impresa rimborsa le spese mediche e di cura sostenute entro 120 giorni dalla data dell'infortunio, fino a concorrenza della prestazione massima indicata nel certificato di assicurazione per annualità assicurativa e previa deduzione di una franchigia pari al 10%, con il minimo di € 50,00 per sinistro. Qualora l'assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal servizio sanitario nazionale, l'Impresa rimborserà i ticket senza applicazione della franchigia. La prestazione viene corrisposta a cura ultimata, a condizione che l'infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza. Se il sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la prestazione massima viene raddoppiata.

Inabilità Temporanea Totale da infortunio	In caso di inabilità temporanea totale dell'assicurato da infortunio (ITT) che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'assicurato di attendere alla propria professione, se lavoratore, o di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti la vita umana (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) se non lavoratore, l'Impresa corrisponde la prestazione fissa indicata nel certificato di assicurazione ogni 30 giorni, a partire dal 31° giorno di ITT, fino ad un massimo di 6 mensilità per assicurato e per annualità assicurativa. La prestazione viene corrisposta a condizione che: ▪ l'Infortunio si sia verificato nel periodo di validità della polizza; ▪ l'ITT sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea; ▪ l'ITT abbia una durata superiore al periodo di franchigia assoluta pari a 30 giorni consecutivi; ▪ l'ITT sia iniziata nel periodo di validità della polizza. Se il sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la prestazione fissa viene raddoppiata.
Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?	
Piano assicurativo	Al momento dell'acquisto della polizza, è possibile scegliere uno dei seguenti piani assicurativi: ▪ Piano Individuo: le garanzie operano a favore dell'aderente; ▪ Piano Business: le garanzie operano a favore della persona fisica indicata nel certificato di assicurazione dall'azienda aderente; ▪ Piano Famiglia: le garanzie operano a favore del nucleo familiare.



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al Numero Verde 800.319.665. Assistenza diretta/in convenzione: non prevista. Gestione da parte di altre imprese: non prevista. Prescrizione: l'assicurazione di cui al presente contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare di percepire una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico) possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.
Obblighi dell'impresa	In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa si impegna al pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.



Quando e come devo pagare?

Premio	L'Impresa si riserva la facoltà di modificare il premio ogni 5 anni a partire dalla data di decorrenza della polizza, con almeno 60 giorni di preavviso. In tal caso, potrai recedere dalla polizza senza spese, comunicandolo all'Impresa con almeno 30 giorni di preavviso sulla data di scadenza del quinquennio.
Rimborso	Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi: a) in caso di recesso dal contratto; b) in caso di cessazione del contratto di Servizio Telepass sottoscritto con la contraente; c) se l'aderente perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile (Piani Individuo e Famiglia); d) in caso di cessazione di attività dell'azienda aderente (Piano Business); e) se l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile (Piano Business). Nel caso a) l'Impresa effettua il rimborso del premio al lordo delle imposte. Nei casi b) c) d) e) l'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	La polizza cessa: ▪ in caso di recesso dal contratto; ▪ in caso di disdetta del contratto; ▪ in caso di cessazione del contratto di Servizio Telepass sottoscritto con la contraente; ▪ in caso di decesso dell'aderente (Piano Individuo e Piano Famiglia); ▪ se l'aderente perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile (Piani Individuo e Famiglia); ▪ in caso di cessazione di attività dell'azienda aderente (Piano Business); ▪ in caso di decesso dell'assicurato (Piano Business); ▪ se l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità o diventa soggetto non assicurabile (Piano Business).
---------------	---

Sospensione	Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se non paghi il premio o la prima rata di premio dovuta, la polizza resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui provvedi al pagamento. Se alle scadenze convenute non paghi i premi successivi, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza. Puoi riattivare la polizza versando i premi mancanti. In questo caso la polizza riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della polizza non saranno indennizzati dall'Impresa.
--------------------	---



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

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

- sono residenti in Italia;
- sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- hanno un'età compresa tra **18 e 70 anni non compiuti** (Piano Individuo e Piano Business);
- con riferimento all'aderente ed al coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio dell'aderente, hanno un'età compresa tra **18 e 70 anni non compiuti** (Piano Famiglia);
- con riferimento ai figli dell'aderente, non hanno ancora compiuto **26 anni** (Piano Famiglia).



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio): 25,50 % del premio netto imposte.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto, a mezzo posta, telefax o e-mail alla funzione Ufficio Reclami dell'Impresa, incaricata del loro esame, ai recapiti di seguito indicati: METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma Tel. 06.492161 Fax 06.49216300 Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it Il reclamante potrà presentare reclamo all'Impresa anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti". Il reclamo è gestito fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni potrà essere sospeso fino a 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS – Servizio tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it. In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe d.a.c. al seguente indirizzo: Central Bank of Ireland, Consumer Protection Codes Department, PO Box n. 559, Dame Street, Dublin 2, Ireland oppure Irish Financial Services Ombudsman, 3rd Floor, Lincoln House, Lincoln Place, Dublin 2, Tel: +353 1 6620899, Fax: +353 1 6620890.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it (Legge 9/8/2013, n. 98). La mediazione è obbligatoria per le controversie relative ai contratti assicurativi.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. Per la risoluzione di liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente (individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET).

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Infortunati in mobilità – Convenzione assicurativa n. AH/19/180
stipulata da Telepass S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia
Questo documento è stato aggiornato in data 16/05/2022 ed è l'ultimo disponibile

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

INDICE

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

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	11
Art. 21 – Denuncia di Sinistro	11
Art. 22 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	11
Art. 23 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro	12
SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	12
Art. 24 – Richiesta di Informazioni	12
Art. 25 – Reclami	12
25.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni	12
25.2 – Reclami all'Intermediario	12
25.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza	12
INFORMATIVA PRIVACY	13
MODULO DI DENUNCIA SINISTRO	

GLOSSARIO

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

Aderente: la persona fisica o l'azienda per il tramite del titolare/rappresentante legale che acquista la Polizza e sostiene il pagamento del 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 del Programma Assicurativo.

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

Applicazione mobile (o App): applicazione della Contraente dedicata ai dispositivi di tipo mobile, quali smartphone o tablet, utilizzata per la Conclusione del Contratto.

Assicurato: la persona fisica sulla cui persona viene stipulato il Contratto, vale a dire:

- con riferimento al **Piano Individuo**, l'Aderente;
- con riferimento al **Piano Business**, la persona fisica indicata nel Certificato di assicurazione dall'azienda Aderente;
- con riferimento al **Piano Famiglia**, il Nucleo Familiare, così come definito nel Glossario.

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

Beneficiario: l'Assicurato.

Certificato di assicurazione (o di Polizza): il documento che prova il Contratto.

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

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

Contraente: Telepass S.p.A. con sede legale in Via A. Bergamini, 50 - 00159 Roma, iscritta alla Sezione E del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. E000601244, in data 16/05/2018.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato dall'Aderente con la Compagnia tramite Telefonia vocale, Sito internet o Applicazione mobile della Contraente.

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

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento.

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

Diaria: indennità giornaliera.

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

Franchigia:

- per la garanzia **Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio**, la parte del danno - espressa in cifra fissa o in percentuale - che rimane a carico dell'Assicurato;
- per la garanzia **Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio**, periodo di tempo non rilevante ai fini del calcolo dell'Indennizzo.

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

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

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

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

Intermediario: Telepass Broker S.r.l. con sede legale in Via A. Bergamini, 50 - 00159 Roma, iscritta alla Sezione B del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. B000590579, in data 10/01/2018.

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

Italia: il territorio della Repubblica italiana.

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

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

Malattia mentale o nervosa: ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricompresa nell'articolo V della nona revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-9 del OMS) e successive modifiche.

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, presente nello stato di famiglia;
 - 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 o adottati, che siano presenti nello stato di famiglia e siano fiscalmente "a carico".

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

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

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

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

Servizio Telepass: servizio fornito dalla Contraente connesso all'utilizzo di uno dei seguenti mezzi di trasporto:

- **autovettura** con targa collegata a dispositivo pagamento pedaggi Telepass;
- **taxi** prenotato e pagato tramite l'app Telepass;
- **monopattino** noleggiato e pagato tramite l'app Telepass;
- **car, scooter e bike sharing** noleggiato e pagato tramite l'app Telepass;
- **mezzo di trasporto pubblico** (treno, traghetto, trasporto pubblico locale) il cui biglietto sia stato acquistato tramite l'app Telepass.

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

Sito internet: pagina web caricata sul server della Contraente utilizzata per la Conclusione del Contratto.

Tecnica di comunicazione a distanza: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e dell'Aderente, possa impiegarsi per la Conclusione del Contratto.

Telefonia vocale: Tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la Conclusione del Contratto mediante l'uso del telefono.

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

Tutore immobilizzante: presidio immobilizzante 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.

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una Polizza Infortuni facoltativa che ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona al di fuori dell'Abitazione. Telepass S.p.A., in qualità di Contraente della Convenzione collettiva n. AH/19/180, offre la polizza ai propri clienti.

Sono inclusi nel Programma Assicurativo anche:

- l'asfissia non di origine morbosa;
- gli avvelenamenti acuti da ingestione o da assorbimento di sostanze;
- l'annegamento;
- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore;
- gli infortuni derivanti da imperizia, imprudenza, negligenza e colpa anche gravi;
- gli infortuni derivanti da tumulti popolari, sommosse e delitti violenti in genere ai quali l'Assicurato non abbia preso parte attiva;
- gli infortuni derivanti da movimenti tellurici e fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- gli infortuni che l'Assicurato subisca durante viaggi aerei turistici o di trasferimento effettuati in qualità di passeggero (non come pilota o membro dell'equipaggio) su velivoli ed elicotteri in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico aereo regolare e i voli su aeromobili di autorità civili e militari durante servizio regolare di traffico civile; **sono comunque esclusi i viaggi ed i voli aerei effettuati con qualsiasi mezzo aereo ad eccezione di quelli autorizzati al trasporto pubblico di passeggeri;**

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

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

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

2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento dell'acquisto della Polizza da parte dell'Aderente tramite Telefonia vocale, Sito internet o Applicazione mobile, anche nel caso in cui quest'ultimo non dovesse restituire alla Compagnia il Certificato di assicurazione ricevuto, debitamente sottoscritto.

Resta inteso che l'Aderente, prima della Conclusione del Contratto, potrà scegliere la modalità di trasmissione (formato elettronico o cartaceo) della documentazione contrattuale/precontrattuale e sarà informato circa la possibilità di cambiare, anche in corso di Contratto, la modalità prescelta senza alcun costo a suo carico. La richiesta può essere comunicata alla Compagnia chiamando il Numero Verde **800.319.665**, inviando una e-mail all'indirizzo servizio.polizze@metlife.it, oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma.

2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di acquisto della Polizza indicata nel Certificato di assicurazione, **a condizione che il Premio sia pagato**.

Il Programma Assicurativo ha durata mensile. Successivamente esso si intenderà **tacitamente rinnovato** di mese in mese, a condizione che, alla data del rinnovo:

- a) se è stato scelto il **Piano Individuo** o il **Piano Famiglia**, l'Aderente non abbia ancora compiuto **75 anni**, sia in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 14 lett. a), b) ed abbia pagato il Premio;
- b) se è stato scelto il **Piano Business**:
 - l'Assicurato non abbia ancora compiuto **75 anni** e sia in possesso dei requisiti di assicurabilità di cui all'art. 14 lett. a), b);
 - l'azienda Aderente abbia pagato il Premio.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di recesso dal Contratto;
- b) in caso di disdetta del Contratto;
- c) in caso di cessazione del contratto di Servizio Telepass sottoscritto tra l'Aderente e la Contraente.

Se è stato scelto il **Piano Individuo** o il **Piano Famiglia**, il Programma Assicurativo cessa inoltre:

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

Se è stato scelto il **Piano Business**, il Programma Assicurativo cessa inoltre:

- f) in caso di cessazione di attività dell'azienda Aderente;
- g) in caso di decesso dell'Assicurato;
- h) se in corso di Contratto l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 14 lett. a), b) o diventa soggetto non assicurabile ai sensi dell'art. 14.

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

Nei casi c), e), f) h) la Compagnia restituirà all'Aderente il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

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



Se l'Aderente ha scelto il **Piano Famiglia** e, in corso di Contratto, un altro componente del Nucleo familiare **compie 75 anni** (nel caso del coniuge, del partner civile o del convivente more uxorio dell'Aderente) o **26 anni** (nel caso dei figli dell'Aderente), **perde i requisiti di assicurabilità** di cui all'art. 14 lett. a), b) o **diventa soggetto non assicurabile** ai sensi dell'art. 14, il Programma Assicurativo rimane attivo soltanto se i soggetti assicurabili sono almeno 2. Diversamente l'Aderente può decidere se chiudere il Programma Assicurativo o se mantenerlo attivo scegliendo il Piano Individuo.

2.4 – Recesso

L'Aderente ha diritto di recedere dal Contratto, **entro 14 giorni** dalla data di acquisto della Polizza, oppure dalla data di ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale se tale data è successiva. Il recesso può essere comunicato alla Compagnia chiamando il Numero Verde **800.319.665**, oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno della comunicazione**. In caso di recesso, l'Aderente si impegna a comunicare le proprie coordinate bancarie (IBAN) alla Compagnia, che provvederà alla restituzione del Premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

2.5 – Disdetta

L'Aderente ha diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza mensile del medesimo, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla medesima una **lettera raccomandata A/R**, con **preavviso di almeno 15 giorni**. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza del periodo assicurativo mensile per il quale è stato versato il Premio ed il Contratto non sarà più rinnovato.

La Compagnia ha diritto di disdire il Contratto ogni 5 anni a partire dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo, dandone comunicazione all'Aderente con **preavviso di almeno 30 giorni** sulla data di scadenza del quinquennio. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza del quinquennio ed il Contratto non sarà più rinnovato.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è mensile ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione. Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio viene addebitato dalla Contraente sul conto Telepass dell'Aderente ed è versato alla Compagnia su base mensile.

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se l'Aderente non paga il Premio o la prima rata di Premio da lui dovuta, il Programma Assicurativo resta sospeso fino alle ore 24.00 del giorno in cui l'Aderente provvede al pagamento.

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

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

3.4 – Rivedibilità del Premio

Nell'ipotesi in cui i dati medi (es. età, rapporto maschi/femmine, sinistrosità, etc.) non dovessero risultare in linea con le ipotesi di tariffazione, la Compagnia si riserva la facoltà di modificare il Premio ogni 5 anni a partire dalla data di decorrenza del Programma Assicurativo, dandone comunicazione all'Aderente con un **preavviso di almeno 60 giorni** sulla data di scadenza del quinquennio.

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

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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

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

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

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

Art. 6 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 7 – Prescrizione

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

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

Art. 8 – Risoluzione delle controversie

8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione

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

8.2 – Arbitrato

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, la Compagnia e l'Assicurato (di seguito le "parti") potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di 3 medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Art. 9 – Valuta

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

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

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

Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione

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

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 12 – Programma Assicurativo e piani assicurativi

12.1 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- **Diaria da Ricovero** a seguito di Infortunio verificatosi in Italia;
- **Diaria da Convalescenza post Ricovero** a seguito di Infortunio verificatosi in Italia;
- **Diaria da Gesso** a seguito di Infortunio;
- **Rimborso Spese Mediche** a seguito di Infortunio;
- **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di Infortunio.

12.2 – Piani assicurativi

L'Aderente, al momento dell'acquisto della Polizza, può scegliere uno dei seguenti piani assicurativi:

- **Piano Individuo:** le garanzie operano a favore dell'Aderente;
- **Piano Business:** le garanzie operano a favore della persona fisica indicata nel Certificato di assicurazione dall'azienda Aderente;
- **Piano Famiglia:** le garanzie operano a favore del Nucleo Familiare, così come definito nel Glossario.

In caso di scelta del **Piano Individuo** o del **Piano Famiglia**, l'Aderente non può stipulare più di **un Contratto Infortuni in mobilità**.



In caso di scelta del **Piano Business**, l'azienda Aderente può stipulare fino a **10 contratti Infortuni in mobilità**. L'azienda Aderente non potrà in ogni caso stipulare più di **un Contratto Infortuni in mobilità** per la stessa persona fisica.

In caso contrario, la Compagnia considererà valido esclusivamente il Contratto stipulato con la data più remota e restituirà all'Aderente i premi incassati, al netto delle imposte, in relazione ai contratti stipulati successivamente.

Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ad eccezione delle garanzie Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio verificatosi in Italia e Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio verificatosi in Italia che sono valide a condizione che l'Infortunio si sia verificato in Italia.

Art. 14 – Aderente e persone assicurabili

Possono stipulare il Contratto, in qualità di Aderente, le persone fisiche e le aziende che abbiano sottoscritto un contratto di Servizio Telepass.

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

- a) siano residenti in Italia;
- b) siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- c) se è stato scelto il **Piano Individuo**, abbiano un'età compresa tra **18 e 70 anni non compiuti**;
- d) se è stato scelto il **Piano Business**, abbiano un'età compresa tra **18 e 70 anni non compiuti**;
- e) se è stato scelto il **Piano Famiglia**:
 - con riferimento all'Aderente ed al coniuge, al partner civile o al convivente more uxorio dell'Aderente, abbiano un'età compresa tra **18 e 70 anni non compiuti**;
 - con riferimento ai figli dell'Aderente, non abbiano ancora compiuto **26 anni**.

Non sono assicurabili le persone fisiche che percepiscono una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

Art. 15 – Esclusioni valide per tutte le garanzie



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

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

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

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 16 – Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio verificatosi in Italia

16.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero in Istituto di cura dell'Assicurato a seguito di Infortunio verificatosi in Italia, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria indicata nel Certificato di assicurazione, per ogni giorno di degenza con pernottamento.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

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

Al termine del periodo di validità del Programma Assicurativo, qualora l'Assicurato sia ancora ricoverato, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di degenza, **fino a concorrenza dei limiti indicati all'art. 16.3.**

Se il Sinistro si verifica durante l'utilizzo del **Servizio Telepass**, la Diaria indicata nel Certificato di assicurazione viene raddoppiata.

i In caso di acquisto del **Piano Famiglia**, la Diaria verrà suddivisa in parti uguali tra i componenti assicurati del Nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, con un minimo di 1/3 per ciascun Assicurato.

16.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, non sono considerati ricoveri indennizzabili le degenze diurne in Day hospital.

16.3 – Prestazione massima

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

Esempi

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Individuo;
- una Diaria pari a € 150,00;
- il limite massimo di 120 giorni indennizzabili per Assicurato e Annualità assicurativa;
- un Sinistro che si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura a seguito di Infortunio per 130 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 36.000,00.

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Famiglia;
- un Nucleo familiare composto da 4 componenti assicurati;
- una Diaria pari a € 150,00 da suddividere per i componenti assicurati del Nucleo familiare;
- il limite massimo di 120 giorni indennizzabili per Assicurato e Annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di cura a seguito di Infortunio per 130 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 6.000,00.

Art. 17 – Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio verificatosi in Italia

17.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Convalescenza dell'Assicurato, successiva ad un Ricovero indennizzato a termini di Polizza, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria indicata nel Certificato di assicurazione, per ogni giorno di Convalescenza.

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

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

Se il Sinistro si verifica durante l'utilizzo del **Servizio Telepass**, la Diaria indicata nel Certificato di assicurazione viene raddoppiata.

i In caso di acquisto del **Piano Famiglia**, la Diaria verrà suddivisa in parti uguali tra i componenti assicurati del Nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, con un minimo di 1/3 per ciascun Assicurato.

17.2 – Prestazione massima

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

Esempi

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Individuo;
- una Diaria pari a € 60,00;
- il limite massimo di 30 giorni indennizzabili per Assicurato e Annualità assicurativa;
- un Sinistro che si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass.

Qualora sia prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 3.600,00.

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Famiglia;
- un Nucleo familiare composto da 4 componenti assicurati;
- una Diaria a € 60,00 da suddividere per i componenti assicurati del Nucleo familiare;
- il limite massimo di 30 giorni indennizzabili per Assicurato e Annualità assicurativa.

Qualora sia prescritto all'Assicurato un periodo di Convalescenza di 40 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 600,00.

Art. 18 – Diaria da Gesso a seguito di Infortunio

18.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Frattura ossea dell'Assicurato a seguito di Infortunio, che comporti l'applicazione di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la Diaria indicata nel Certificato di assicurazione, per ogni giorno in cui l'Assicurato sia portatore di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

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

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

Se il Sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la Diaria indicata nel Certificato di assicurazione viene raddoppiata.

In caso di acquisto del **Piano Famiglia**, la Diaria verrà suddivisa in parti uguali tra i componenti assicurati del Nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, con un minimo di 1/3 per ciascun Assicurato.



Nel caso in cui sia denunciato un Sinistro e contemporaneamente, a seguito della documentazione medica prodotta, si evidenzia che l'Assicurato sia affetto da **osteoporosi** o da **altra Malattia delle ossa**, la garanzia Diaria da Gesso a seguito di Infortunio opera con riferimento al Sinistro denunciato, dopodiché cesserà. Resta inteso che l'Assicurato potrà continuare ad usufruire di tutte le altre garanzie previste dal Programma Assicurativo. In caso di acquisto del Piano Famiglia, la garanzia Diaria da Gesso a seguito di Infortunio continua ad operare nei confronti degli altri assicurati. Resta inteso che, qualora il Contraente non sia interessato a mantenere attiva la Polizza, potrà disdire il Contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del Premio, contattando la Compagnia al Numero Verde **800.319.665** oppure inviando alla medesima una **lettera raccomandata A/R**, con **preavviso di almeno 15 giorni**.

18.2 – Esclusioni

In aggiunta alle esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le fratture delle ossa nasali e le lesioni cartilaginee.

18.3 – Prestazione massima

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

Esempio

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Individuo;
- una Diaria pari a € 60,00;
- il limite massimo di 30 giorni per Assicurato e Annualità assicurativa;
- un Sinistro che si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass.

Qualora l'Assicurato sia portatore di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante per 40 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 3.600,00.

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Famiglia;
- un Nucleo familiare composto da 4 componenti assicurati;
- una Diaria a € 60,00 da suddividere per i componenti assicurati del Nucleo familiare;
- il limite massimo di 30 giorni indennizzabili per Assicurato e Annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato sia portatore di Apparecchio gessato o Tutore immobilizzante per 40 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 600,00.

Art. 19 – Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

19.1 – Oggetto della garanzia

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

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



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

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

19.2 – Esclusioni

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

- le cure odontoiatriche;
- le parodontopatie;
- le protesi dentarie;

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

19.3 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta previa deduzione di una **Franchigia pari al 10%**, con il minimo di **€ 50,00** per Sinistro, che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora l'Assicurato si avvalga di prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale, la Compagnia rimborserà i ticket senza applicazione della Franchigia.

Esempio

Qualora l'Assicurato, per accertamenti diagnostici, sostenga spese mediche per complessivi € 300,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 250,00.

19.4 – Prestazione massima

La prestazione massima per Annualità assicurativa è indicata nel Certificato di assicurazione. Se le spese mediche e di cura sono sostenute in assenza di ricovero / intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici / rieducativi la prestazione massima è ridotta della metà.

Se il Sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la prestazione massima indicata nel Certificato di assicurazione viene raddoppiata.



In caso di acquisto del **Piano Famiglia**, la prestazione massima verrà suddivisa in parti uguali tra i componenti assicurati del Nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, con un minimo di 1/3 per ciascun Assicurato.

Esempi

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Individuo;
- una prestazione massima pari a € 400,00;
- un Sinistro che si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass;
- la deduzione della Franchigia.

Qualora l'Assicurato sostenga spese mediche e di cura per complessivi € 600,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 540,00.

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Famiglia;
- un Nucleo familiare composto da 4 componenti assicurati;
- una prestazione massima pari a € 400,00 da suddividere per i componenti assicurati del Nucleo familiare;
- la deduzione della Franchigia.

Qualora l'Assicurato sostenga spese mediche e di cura per complessivi € 300,00, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 83,00.

Art. 20 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio

20.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di Infortunio (ITT) che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione, se lavoratore, o di attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti alla vita umana (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) se non lavoratore, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario la prestazione fissa indicata nel Certificato di assicurazione ogni 30 giorni, a partire dal 31° giorno di ITT.

La prestazione viene corrisposta a condizione che:

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

Al termine del periodo di validità del Contratto, qualora l'Assicurato sia ancora inabile, la Compagnia corrisponderà la prestazione per l'intero periodo di ITT dell'Assicurato, **fino a concorrenza dei limiti indicati all'art. 20.4.**

Se il Sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la prestazione fissa indicata nel Certificato di assicurazione è raddoppiata.



In caso di acquisto del **Piano Famiglia**, la prestazione fissa verrà suddivisa in parti uguali tra i componenti assicurati del Nucleo familiare presenti nello stato di famiglia al momento del Sinistro, con un minimo di 1/3 per ciascun Assicurato.

20.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata.

20.3 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio (ITT) abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a **30 giorni consecutivi**. La Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di ITT. Se, dopo meno di 60 giorni dal termine di una precedente ITT indennizzata, si verifica una nuova ITT, questa nuova ITT viene considerata come la continuazione della precedente. Pertanto, la Franchigia non viene applicata di nuovo, ma la massima durata d'indennizzo di 6 mesi si valuta complessivamente per i 2 periodi come se fossero uno solo.

Esempio

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Individuo;
- una prestazione fissa pari a € 60,00;
- la deduzione della Franchigia.

Qualora l'Assicurato sia inabile dal 12/09/2019 al 7/10/2019, non è dovuto alcun indennizzo poiché il periodo di inabilità temporanea totale è inferiore alla Franchigia.

Qualora l'Assicurato sia inabile dal 12/09/2019 al 17/11/2019, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 120,00.

20.4 – Prestazione massima

La prestazione è corrisposta fino ad un massimo di **6 mensilità** per Assicurato e per Annualità assicurativa, indipendentemente dal numero degli infortuni occorsi durante l'Annualità assicurativa medesima.

Esempi

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Individuo;
- una prestazione fissa pari a € 60,00;
- un Sinistro che si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass;
- la deduzione della Franchigia;
- il limite massimo di 6 mensilità per Assicurato e Annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato sia inabile per 250 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 720,00.

L'esempio è formulato considerando:

- l'acquisto del Piano Famiglia;
- un Nucleo familiare composto da 4 componenti assicurati;
- una prestazione fissa pari a € 60,00;
- la deduzione della Franchigia;
- il limite massimo di 6 mensilità per Assicurato e Annualità assicurativa.

Qualora l'Assicurato sia inabile per 250 giorni, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 120,00.

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO**Art. 21 – Denuncia di Sinistro**

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo incluso nella documentazione contrattuale, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al Numero Verde **800.319.665**.

La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione in relazione alla storia e alla natura del Sinistro.

La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

Art. 22 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro**Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio verificatosi in Italia**

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

Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio verificatosi in Italia

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

Diaria da Gesso a seguito di Infortunio

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

Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

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

Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio

- Certificato di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Certificato medico originale attestante il periodo di inabilità temporanea totale

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

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

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

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 24 – Richiesta di Informazioni

L'Aderente/Assicurato ha il diritto di richiedere alla Compagnia informazioni in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo ed alle modalità di determinazione della prestazione assicurata. La richiesta può essere effettuata attraverso il sito web www.metlife.it cliccando su "Assistenza Clienti", oppure scrivendo all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. La Compagnia si impegna a fornire riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta. L'Aderente/Assicurato ha inoltre la possibilità di accedere ad un'area riservata, disponibile sul sito web della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni sulla propria Polizza assicurativa.

Art. 25 – Reclami

25.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

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

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

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

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

25.2 – Reclami all'Intermediario

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

25.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

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

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

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

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

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

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

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

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

Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Come contattarci o chiedere aiuto

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

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

Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, e-mail, messaggi SMS, messaggistica istantanea o attraverso altri mezzi di comunicazione elettronici. Archiviamo le chiamate ed altre registrazioni di comunicazioni in sicurezza secondo quanto

previsto dalle nostre politiche di conservazione dalle altre Leggi applicabili. L'accesso a tali registrazioni è limitato agli individui che hanno la necessità di accedervi per le finalità indicate nella presente Informativa.

Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

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

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

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

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

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

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

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

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

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

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

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

Informativa Privacy

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

Gentile Cliente,

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

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

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

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

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

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

x	/ /		
	Data (gg/mm/aa)		Firma dell'Assicurato / Esercente la potestà o del tutore per assicurati minorenni

x	/ /		
	Data (gg/mm/aa)		Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato

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

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

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Infortunati in mobilità – Convenzione assicurativa n. AH/19/180
stipulata da Telepass S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia
Questo documento è stato aggiornato in data 16/05/2022 ed è l'ultimo disponibile

DATI DELL'ADERENTE

A PERSONA FISICA

Nome e Cognome:	Cod. Fisc.:
Data di Nascita:	Sesso: ☐ M ☐ F
Indirizzo di Residenza:	Cap: Comune: Prov.:
Indirizzo E-mail:	Recapito Telefonico:

Se è stato scelto il PIANO INDIVIDUO, l'Assicurato coincide con l'Aderente. Se è stato scelto il PIANO FAMIGLIA, l'Assicurato coincide con il Nucleo familiare.

B AZIENDA

Denominazione:	Cod. Fisc. / P. IVA:
Indirizzo Sede Legale:	Cap: Comune: Prov.:
Indirizzo E-mail:	Recapito Telefonico:

ASSICURATO

Nome e Cognome:	Cod. Fisc.:
Data di Nascita:	Sesso: ☐ M ☐ F Residenza in Italia: ☐ Si ☐ No

Se è stato scelto il PIANO BUSINESS, il presente Certificato deve essere sottoscritto dal titolare/legale rappresentante dell'azienda o da un suo delegato.

INFORMATIVA SUL PROGRAMMA ASSICURATIVO

GARANZIE

- ✓ Diaria da Ricovero a seguito di Infortunio verificatosi in Italia
- ✓ Diaria da Convalescenza post Ricovero a seguito di Infortunio verificatosi in Italia
- ✓ Diaria da Gesso a seguito di Infortunio
- ✓ Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio
- ✓ Rimborso Spese Mediche a seguito di Infortunio

€

€

€

€

(1) €

SOMMA ASSICURATA

Se il Sinistro si verifica durante l'utilizzo del Servizio Telepass, la Somma Assicurata è raddoppiata.

(1) Se le spese mediche sono sostenute in assenza di ricovero/intervento chirurgico o per trattamenti fisioterapici/rieducativi la Somma Assicurata è ridotta della metà.

PIANO ASSICURATIVO: ☐ Individuo ☐ Business ☐ Famiglia DECORRENZA: dalle ore 24.00 del DURATA: mensile con tacito rinnovo

COSTI

PREMIO MENSILE (commissioni incluse): €

DI CUI IMPOSTE: €

Il Premio viene addebitato da Telepass Spa sul conto Telepass dell'Aderente ed è versato alla Compagnia su base mensile.

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE

AVVERTENZE

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

INFORMATIVA CONTRATTUALE / PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver preso visione e acquisito su supporto durevole il Set informativo relativo al prodotto assicurativo e di accettarne interamente il contenuto;
- aver preso visione della documentazione informativa conforme agli allegati nn. 3 e 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 predisposta da Telepass Spa e Telepass Broker Srl;
- aver scelto la modalità per la trasmissione della documentazione contrattuale/precontrattuale e di essere stato informato della possibilità di cambiare gratuitamente tale modalità. In caso di acquisto della Polizza tramite Sito internet o Applicazione mobile, acconsento all'invio della predetta documentazione all'indirizzo e-mail fornito, con facoltà di chiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo direttamente alla Compagnia con le modalità indicate nelle Condizioni di assicurazione.

► Data: Firma (il titolare/legale rappresentante in caso di Azienda aderente)

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 le informative privacy di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia e di Telepass Spa e di aver compreso le finalità e modalità del trattamento dei dati da parte di ciascun titolare.

► Data: Firma (il titolare/legale rappresentante in caso di Azienda aderente)

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

1. di aver acquistato la Polizza tramite Telefonia vocale, Sito internet o Applicazione mobile;
2. in caso di acquisto della Polizza tramite Telefonia vocale, di aver richiesto l'attivazione immediata della copertura, ricevendo successivamente la documentazione contrattuale/precontrattuale, e di aver autorizzato la Compagnia a conservare la registrazione dell'adesione telefonica;
3. di prendere atto che la Polizza, in base alle risposte da me fornite, è stata ritenuta da Telepass Spa adatta alle mie esigenze;
4. di aver preso visione e di accettare le norme e condizioni Telepass per la distribuzione di servizi assicurativi e autorizzare Telepass Spa ad addebitare mensilmente il Premio direttamente sul conto Telepass indicato;
5. di essere a conoscenza che la copertura inizia alle ore 24.00 della data di acquisto della Polizza indicata nel presente Certificato, a condizione che il Premio sia pagato;
6. di essere a conoscenza che la Polizza ha durata mensile e di approvare il meccanismo di tacito rinnovo della medesima, così come disciplinato nelle Condizioni di assicurazione;
7. che l'Assicurato rispetta i requisiti di assicurabilità indicati nelle Condizioni di assicurazione;
8. di essere a conoscenza del diritto di recedere senza alcuna penalità e senza dover indicare il motivo entro 14 giorni dalla data di acquisto della Polizza, oppure dalla data di ricezione della documentazione contrattuale/precontrattuale se tale data è successiva, secondo quanto specificato nelle Condizioni di assicurazione;
9. di essere a conoscenza che per tutte le garanzie il Beneficiario è l'Assicurato;
10. che l'Assicurato non percepisce una pensione di invalidità permanente riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
11. di prendere atto che eventuali comunicazioni rese in corso di Contratto potranno essere effettuate via email, attraverso il sito internet www.metlife.it o nell'area riservata, come da scelta effettuata da Telepass Spa nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco.

► **Data:** _____ **Firma (il titolare/legale rappresentante in caso di Azienda aderente)** _____

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

