

MetLife Europe Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di Assicurazione Infortuni "Medical Protection".

Condizioni di assicurazione relative alla Convenzione assicurativa n. AH/15/031 stipulata da Compass Banca S.p.A. con MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia.

Avvertenza: l'Assicuratore si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente documento, non derivanti da innovazioni normative. Per effetto della pubblicazione, i suddetti aggiornamenti si reputano conosciuti dai contraenti e/o assicurati, senza obbligo di alcuna altra comunicazione.

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **01/10/2015.**

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica sulla cui persona viene stipulato il Contratto, che abbia aderito al Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 4.

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

Contraente: Compass Banca S.p.A. con Sede Legale e Direzione Generale in Via Caldera n. 21/D, 20153 Milano, iscritta alla Sezione D del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. D000203141, in data 05/10/2007.

Contratto: il contratto di assicurazione stipulato dall'Assicurato con l'Assicuratore.

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

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Eestero: il territorio al di fuori dei confini dell'Italia.

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

Tabella Indennizzi: l'elenco delle lesioni e delle amputazioni garantite con il relativo valore dell'Indennizzo.

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dall'Assicuratore prevede la garanzia **Lesione e/o Amputazione a seguito di Infortunio**. La garanzia è valida senza limiti territoriali. **La durata massima della copertura, per ciascun periodo di permanenza all'Eestero nel corso di validità dell'Assicurazione è di 60 giorni. Non sono fornite prestazioni e garanzie in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.**

ART. 3 – OGGETTO DEL CONTRATTO

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

Sono compresi in garanzia anche:

- l'assideramento o il congelamento;
- i colpi di sole o di calore e di freddo;
- gli infortuni causati da guerra o da insurrezione che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana per un periodo massimo di 14 giorni dall'insorgere di tali eventi, a condizione che l'Assicurato già si trovasse nello Stato nel quale è insorta la guerra o l'insurrezione;
- gli infortuni derivanti da alluvioni, inondazioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche. **Resta inteso che, nel caso di un unico evento che colpisca più Assicurati, la somma degli indennizzi complessivi a carico dell'Assicuratore non potrà in nessun caso eccedere € 1.000.000,00. Di conseguenza, qualora gli indennizzi liquidabili eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti in relazione al numero delle teste colpite da Sinistro ed in proporzione ai rispettivi importi assicurati.**

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

4.1 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
 - a) siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana;
 - b) abbiano compiuto 18 anni di età;
- al termine del periodo di Durata del Programma Assicurativo, non abbiano ancora compiuto 75 anni di età.

4.2 – Persone inassicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dall'attuale stato di salute, le persone fisiche che siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza o sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.). Qualora le condizioni di non assicurabilità dovessero insorgere in corso di Contratto, il Programma Assicurativo cessa dalla data in cui la condizione di non assicurabilità è divenuta nota o è stata diagnosticata all'Assicurato ed eventuali Sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dall'Assicuratore.

4.3 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Si richiede la sottoscrizione della clausola di adesione riportata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione della predetta clausola da parte dell'Assicurato.

4.4 – Dichiarazioni inesatte e reticenze

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.

ART. 5 – DECORRENZA E DURATA DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24.00 della data di adesione al medesimo e rimane in vigore per il numero di mensilità indicate nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo - **con un minimo di 1 mese ed un massimo di 120 mesi - a condizione che il Premio corrispondente risulti pagato.**

Il Programma Assicurativo cessa in ogni caso:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) qualora, in corso di Contratto, dovesse sopraggiungere una delle condizioni di inassicurabilità di cui all'art. 4.2;
- c) in caso di esercizio del diritto di recesso da parte dell'Assicurato.

Nelle ipotesi di cessazione del Programma Assicurativo sopra indicate, l'Assicuratore restituirà all'Assicurato, o ai suoi eredi, il Premio, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

ART. 6 – RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Programma Assicurativo, **entro 30 giorni dalla data di adesione al medesimo, a mezzo di lettera raccomandata A/R indirizzata all'Assicuratore presso la Contraente.** Ai sensi dell'art. 1899 del Codice civile, per i programmi assicurativi di durata superiore a 5 anni, l'Assicurato, trascorso il quinquennio, potrà altresì recedere con effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità e senza alcun onere, **a condizione che il recesso venga esercitato con un preavviso di 60 giorni rispetto alla fine dell'annualità del Programma Assicurativo nel corso della quale viene comunicato il recesso.**

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di polizza, **entro 60 giorni dalla data di pagamento o rifiuto dell'Indennizzo**, l'Assicurato e l'Assicuratore hanno diritto di recedere dal Programma Assicurativo, con effetto a decorrere dalla successiva ricorrenza annuale del Programma Assicurativo, dandone comunicazione all'altra parte **mediante lettera raccomandata A/R.**

Il recesso ha effetto dalla data di invio della comunicazione. In caso di recesso, l'Assicuratore restituirà all'Assicurato il Premio già pagato, al netto delle imposte e della quota di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso.

ART. 7 – PRESTAZIONE ASSICURATA E CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

7.1 – Prestazione assicurata

In caso di **Lesione e/o Amputazione a seguito di Infortunio** dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde a favore del medesimo l'Indennizzo indicato nella Tabella Indennizzi.

La prestazione sarà corrisposta dietro presentazione della cartella clinica in copia conforme all'originale in caso di ricovero o, in assenza di ricovero, del certificato medico originale attestante la lesione e/o amputazione, a condizione che quest'ultima si sia verificata - anche successivamente alla scadenza della polizza - entro 2 anni dalla data dell'Infortunio.

Qualora l'Assicurato subisca, nel corso dello stesso evento, più lesioni indennizzabili a termini di polizza, il limite massimo di Indennizzo non potrà in ogni caso superare € 70.000,00 per annualità assicurativa.

A scopo esemplificativo si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo alla garanzia oggetto del Programma Assicurativo. Considerata la perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi dell'Assicurato, l'Assicuratore corrisponde un Indennizzo pari a € 17.850,00.

7.2 – Criteri di indennizzabilità

L'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo per le conseguenze dirette, esclusive ed oggettivamente constatabili dell'Infortunio. Se al momento dell'Infortunio, l'Assicurato non è fisicamente integro e sano, sono indennizzabili soltanto le conseguenze che si sarebbero comunque verificate qualora l'Infortunio avesse colpito una persona fisicamente integra e sana.

ART. 8 – LIMITAZIONI / ESCLUSIONI

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

Esclusioni

Sono esclusi dal Programma Assicurativo gli infortuni causati da:

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato sia privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- ubriachezza, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni;
- operazioni chirurgiche, accertamenti o cure mediche non resi necessari da Infortunio;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;
- guerra e insurrezioni, salvo quanto previsto dall'art. 2;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- pratica di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, del paracadutismo e di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria.

Sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze dirette o indirette di:

- infortuni antecedenti alla data di adesione al Programma Assicurativo;
- una delle seguenti infermità mentali se causa o concausa dell'Infortunio: sindromi organiche cerebrali; disturbi schizofrenici; disturbi paranoici; forme maniaco-depressive.

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

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni della professione o dello stato di salute dell'Assicurato, salvo quanto previsto all'art. 3.2.

ART. 10 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio, posto a carico dell'Assicurato, è unico ed è pari a quanto di seguito indicato:

- per programmi assicurativi di durata inferiore o pari a 12 mesi, € 10,50 mensili da moltiplicare per il numero di mensilità indicate nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo;
- per programmi assicurativi di durata superiore a 12 mesi, € 10,00 mensili da moltiplicare per il numero di mensilità indicate nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo.

L'Assicuratore applica uno sconto di Premio per i programmi assicurativi di durata superiore a 12 mesi. A fronte della riduzione di Premio, l'Assicurato non potrà esercitare la facoltà di recesso per i primi 5 anni di Durata del Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 1899 del Codice civile.

Il Premio viene finanziato dalla Contraente ed è versato da quest'ultima, su delegazione dell'Assicurato, all'Assicuratore in via anticipata ed in un'unica soluzione.

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

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

ART. 11 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

L'individuazione del momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di accadimento dell'Infortunio. **In caso di Sinistro, il denunciante deve inviare denuncia scritta all'Assicuratore – MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Indirizzo Email sinistri@metlife.it – utilizzando il modulo di denuncia allegato alle Condizioni di assicurazione, completo dei giustificativi elencati nel medesimo.** Per informazioni ed assistenza sulle modalità di denuncia del Sinistro è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure contattare l'Assicuratore al numero 06492161. **L'Assicuratore ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, qualora ciò sia reso indispensabile per la corretta valutazione del Sinistro. L'Assicuratore si riserva il diritto di far effettuare in ogni momento ed a sue spese accertamenti per verificare la fondatezza delle informazioni allo stesso comunicate. L'assicurazione di cui al presente Contratto è classificata nel ramo danni. Di conseguenza, ai sensi dell'art. 2952 del Codice civile il comma, i diritti derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.**

ART. 12 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a mezzo posta, telefax o email alla funzione Ufficio Reclami dell'Assicuratore, incaricata del loro esame, ai recapiti qui di seguito indicati: **MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, Indirizzo e-mail reclami@metlife.it.**

L'Assicuratore gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo.

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

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

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

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

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

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

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

In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe Limited 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/internalmarket/finances-retail/finnet/index_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

ART. 13 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

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

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

ART. 14 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 15 – FORO COMPETENTE / PROCEDIMENTO DI MEDIAZIONE

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

ART. 16 – VALUTA

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

ART. 17 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto all'Assicuratore dell'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

ART. 18 – RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

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

TABELLA INDENNIZZI	
LESIONE E/O AMPUTAZIONE	INDENNIZZO
LESIONI APPARATO SCHELETRICO	
CRANIO	
FRATTURA CRANICA SENZA POSTUMI NEUROLOGICI	€ 450,00
FRATTURA OSSO ZIGOMATICO O MASCELLARE O PALATINO O LINEE DI FRATTURA INTERESSANTI TRA LORO TALI OSSA	€ 450,00
FRATTURA LEFORT I (distacco dell'arcata dentaria superiore dal mascellare)	€ 720,00
FRATTURA LEFORT II O III (non cumulabili tra loro o con LEFORT I)	€ 1.470,00
FRATTURA ETMOIDE - FRATTURA OSSO LACRIMALE O JOIDEO O VOMERE (non cumulabile)	€ 150,00
FRATTURA OSSA NASALI	€ 150,00
FRATTURA MANDIBOLARE (PER LATO)	€ 720,00
TRAUMA CRANICO COMMOTIVO CON FOCOLAI CONTUSIVI A LIVELLO CEREBRALE	€ 1.275,00
COLONNA VERTEBRALE	
TRATTO CERVICALE	
FRATTURA CORPO III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 2.160,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI III-IV-V-VI-VII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 150,00
FRATTURA CORPO O PROCESSO TRASVERSO O PROCESSO SPINOSO II VERTEBRA	€ 2.160,00
FRATTURA ARCO ANTERIORE O ARCO POSTERIORE O MASSE LATERALI (PROCESSO TRASVERSO O PROCESSI ARTICOLARI) I - VERTEBRA	€ 2.160,00
TRATTO DORSALE	
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 1.110,00
FRATTURA DEL CORPO CON SCHIACCIAMENTO XII VERTEBRA	€ 2.160,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA XII VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 150,00
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO DALLA I ALLA XI VERTEBRA (PER OGNI VERTEBRA)	€ 150,00
FRATTURA DEL CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO XII VERTEBRA	€ 150,00
FRATTURA CORPO CON SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	€ 2.160,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA CON SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	€ 2.160,00
FRATTURA CORPO SENZA SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	€ 150,00
FRATTURA PROCESSO SPINOSO O PROCESSI TRASVERSI DALLA I ALLA V VERTEBRA SENZA SCHIACCIAMENTO (PER OGNI VERTEBRA)	€ 900,00
OSSO SACRO	
FRATTURA CORPI VERTEBRALI O BASE O ALI O PROCESSI ARTICOLARI O APICE O CRESTE SPINALI	€ 900,00
COCCIGI	
FRATTURA CORPI O BASE O CORNA O PROCESSI TRASVERSI O APICE	€ 900,00
BACINO	
FRATTURA ALI ILIACHE O BRANCA ILEO-ISCHIO-PUBICA (DI UN LATO) O DEL PUBE	€ 720,00
FRATTURA ACETABOLARE (PER LATO)	€ 1.800,00
TORACE	
FRATTURA CLAVICOLA (PER LATO)	€ 150,00
FRATTURA STERNO	€ 720,00
FRATTURA DI UNA COSTA SCOMPOSTA	€ 150,00
FRATTURA SCAPOLA (PER LATO)	€ 150,00
ARTO SUPERIORE (DX o SX)	
BRACCIO	
FRATTURA DIAFISARIA OMERALE	€ 150,00
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE O SUPERIORE OMERALE (DELIMITATA DAL COLLO CHIRURGICO)	€ 1.455,00
FRATTURA EPIFISI DISTALE O INFERIORE OMERALE (DELIMITATA DALLA LINEA IDEALE CHE UNISCE TROCLEA E CAPITELLO)	€ 1.455,00
AVAMBRACCIO	
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE RADIO (FRATTURA TUBEROSIT RADIALE O CAPITELLO O COLLO O CIRCONFERENZA ARTICOLARE)	€ 900,00
FRATTURA EPIFISI DISTALE RADIO E/O ULNA (FACCIA ARTICOLARE CARPICA O PROCESSO STILOIDEO O INCISURA ULNARE)	€ 1.275,00
FRATTURA EPIFISI PROSSIMALE ULNA (OLECRANO O PROCESSO CORONOIDEO O INCISURA SEMILUNARE E RADIALE)	€ 900,00
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA COMPOSTA	€ 150,00
FRATTURA BIOSSEA RADIO E ULNA SCOMPOSTA	€ 2.160,00
POLSO E MANO	
FRATTURA SCAFOIDE	€ 720,00
FRATTURA I METACARPALE	€ 450,00

FRATTURA PRIMA FALANGE DITA	
POLLICE	€ 1.800,00
INDICE	€ 1.110,00
MEDIO	€ 150,00
ANULARE	€ 150,00
FRATTURA SECONDA FALANGE DITA	
POLLICE	€ 900,00
INDICE	€ 150,00
MEDIO	€ 150,00
ANULARE	€ 150,00
FRATTURA TERZA FALANGE DITA	
INDICE	€ 150,00
MEDIO	€ 150,00
ANULARE	€ 150,00
ARTO INFERIORE (DX o SX)	
FRATTURA FEMORE	
DIAFISARIA	€ 720,00
EPIFISI PROSSIMALE (PROTESI D'ANCA)	€ 3.270,00
EPIFISI PROSSIMALE NON PROTESIZZATA	€ 900,00
EPIFISI DISTALE (Delimitata da una linea ideale che congiunge i due epicondili attraverso la fossa intercondiloidea e quella sopratrocleare)	€ 900,00
FRATTURA ROTULA	€ 465,00
FRATTURA TIBIA	
DIAFISARIA	€ 465,00
ESTREMITA' SUPERIORE (eminenza intercondiloidea o faccette articolari superiori o condili o faccette articolare fibulare)	€ 1.110,00
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo mediale o faccetta articolare inferiore)	€ 720,00
FRATTURA PERONE	
ESTREMITA' INFERIORE (malleolo laterale o faccetta articolare)	€ 720,00
FRATTURA BIOSSEA TIBIA E PERONE COMPOSTA E SCOMPOSTA	€ 900,00
PIEDE	
TARSO	
FRATTURA ASTRAGALO	€ 1.275,00
FRATTURA CALCAGNO	€ 1.455,00
FRATTURA SCAFOIDE	€ 150,00
FRATTURA CUBOIDE	€ 720,00
FRATTURA CUNEIFORME	€ 150,00
METATARSI	
FRATTURA I METATARSALE	€ 720,00
FRATTURA II O III O IV O V METATARSALE	€ 150,00
LESIONI PARTICOLARI	
ASPORTAZIONE CHIRURGICA DI PARTE DI TECA CRANICA (indipendentemente dall'estensione della breccia)	€ 900,00
ROTTURA MILZA CON SPLENECTOMIA	€ 1.800,00
ROTTURA RENE CON NEFRECTOMIA	€ 2.160,00
ESITI EPATECTOMIA (oltre un terzo del parenchima)	€ 1.800,00
EPATITI TOSSICHE O INFETTIVE (con test enzimatici e sieroproteici alterati e con bilirubinemia oltre i valori normali)	€ 2.685,00
ERNIA CRURALE O IPOEPIGASTRICA O OMBELICALE O DIAFRAMMATICA (trattate chirurgicamente)	€ 150,00
PERDITA ANATOMICA DI UN GLOBO OCULARE	€ 5.430,00
CECITA' MONOLATERALE (Perdita irreversibile non inferiore a 9/10 di visus)	€ 4.530,00
PERDITA TOTALE DELLA FACOLTA' VISIVA DI AMBEDUE GLI OCCHI	€ 17.850,00
SORDITA' COMPLETA UNILATERALE	€ 2.175,00
SORDITA' COMPLETA BILATERALE	€ 4.530,00
PERDITA NASO (oltre i due terzi)	€ 2.685,00
PERDITA LINGUA (oltre i due terzi)	€ 4.530,00
PERDITA COMPLETA DI UN PADIGLIONE AURICOLARE	€ 450,00
PERDITA COMPLETA DI ENTRAMBI I PADIGLIONI AURICOLARI	€ 900,00
PROTESI D'ANCA (non cumulabile)	€ 3.630,00
PROTESI DI GINOCCHIO (non cumulabile)	€ 3.630,00
PATELLECTOMIA TOTALE	€ 2.700,00
PATELLECTOMIA PARZIALE	€ 720,00
PERDITA ANATOMICA DI UN TESTICOLO	€ 450,00
PERDITA ANATOMICA DEI DUE TESTICOLI	€ 2.685,00
PERDITA ANATOMICA DEL PENE	€ 4.530,00
USTIONI ESTESE A PIU' DEL 25% DELLA SUPERFICIE CORPOREA	€ 5.970,00

LESIONI MUSCOLO-TENDINEE	
ROTTURA DELLA CUFFIA DEI ROTATORI (trattata chirurgicamente) - non cumulabile	€ 1.110,00
ROTTURA DEL TENDINE DISTALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 1.110,00
ROTTURA DEL TENDINE PROSSIMALE DEL BICIPITE BRACHIALE (trattata chirurgicamente)	€ 1.110,00
ROTTURA DEI TENDINI DELLE DITA DI UNA MANO (trattata chirurgicamente) - valore massimo per ogni dito	€ 1.800,00
ROTTURA DEI TENDINI DEL QUADRICIPITE FEMORALE (trattata chirurgicamente) - non cumulabile	€ 1.800,00
LUSSAZIONE ARTICOLAZIONE TEMPORO-MANDIBOLARE (documentata radiologicamente)	€ 720,00
LUSSAZIONE RECIDIVANTE GLENO-OMERALE (trattata chirurgicamente)	€ 1.110,00
LUSSAZIONE GLENO-OMERALE (evidenziata radiologicamente)	€ 1.110,00
LUSSAZIONE STERNO-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 1.110,00
LUSSAZIONE ACROMION-CLAVEARE (trattata chirurgicamente)	€ 1.110,00
LUSSAZIONE GOMITO (evidenziata radiologicamente)	€ 1.800,00
LUSSAZIONE RADIO-CARPICA (trattata chirurgicamente) - non cumulabile	€ 900,00
LUSSAZIONE MF O IF 2 - 3 - 4 - 5 DITO DELLA MANO (evidenziata radiologicamente) - valore massimo per ogni dito	€ 150,00
LUSSAZIONE MF O IF POLLICE (trattata chirurgicamente)	€ 900,00
LUSSAZIONE D'ANCA (documentata radiologicamente)	€ 1.800,00
LUSSAZIONE METATARSO-FALANGEA O IF DELL'ALLUCE (documentata radiologicamente)	€ 720,00
LESIONE DEI LEGAMENTI COLLATERALI DEL GINOCCHIO (trattata chirurgicamente)	€ 2.670,00
LESIONI DEL CROCIATO ANTERIORE O POSTERIORE O DEL PIATTO TIBIALE (trattate chirurgicamente) - non cumulabili tra loro	€ 1.800,00
LESIONI ISOLATE DELLA CAPSULA O MENISCALI (trattate chirurgicamente) - non cumulabili tra loro	€ 150,00
LESIONE TENDINE ROTULEO (trattata chirurgicamente)	€ 900,00
LESIONI CAPSULO-LEGAMENTOSE DELLA TIBIO-PERONEO-ASTRAGALICA (trattate chirurgicamente) - non cumulabili tra loro	€ 1.440,00
AMPUTAZIONI	
ARTO SUPERIORE	
AMPUTAZIONE DELL'ARTO SUPERIORE	€ 18.250,00
AMPUTAZIONE DI UNA MANO O DI TUTTE LE DITA DI UNA MANO	€ 15.100,00
AMPUTAZIONE POLLICE + 3 DITA	€ 12.000,00
AMPUTAZIONE POLLICE + 2 DITA	€ 7.500,00
AMPUTAZIONE 2 DITA	€ 2.670,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DEL POLLICE	€ 2.670,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI ALTRE DITA	€ 900,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE DEL POLLICE	€ 2.160,00
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELLA FALANGE UNGUEALE ALTRE DITA	€ 450,00
AMPUTAZIONE ULTIME DUE FALANGI DITA LUNGHE	€ 1.110,00
ARTO INFERIORE	
AMPUTAZIONE OLTRE I DUE TERZI DELL'ARTO INFERIORE (al di sopra della metà della coscia)	€ 15.500,00
AMPUTAZIONE AL DI SOTTO DELLA METÀ DELLA COSCIA (ma al di sopra del ginocchio)	€ 15.500,00
AMPUTAZIONE TOTALE O OLTRE I DUE TERZI DELLA GAMBA (al di sotto del ginocchio)	€ 15.500,00
AMPUTAZIONE DI GAMBA AL TERZO INFERIORE	€ 12.500,00
PERDITA DI UN PIEDE	€ 12.500,00
PERDITA DELL'AVAMPIEDE ALLA LINEA TARSO-METATARSALE	€ 6.000,00
PERDITA DI AMBEDUE I PIEDI	€ 29.750,00
PERDITA DELL'ALLUCE	€ 2.670,00
PERDITA DELLA FALANGE UNGUEALE DELL'ALLUCE	€ 1.275,00

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

**Convenzione assicurativa n. AH/15/031 “Medical Protection” stipulata da Compass Banca S.p.A. con MetLife Europe Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia**

ASSICURATO

Nome: Cognome:

Luogo di Nascita: Data di Nascita (gg/mm/aa): [][][][][][] Sesso: M ☐ F ☐

Codice Fiscale: [][][][][][][][][][][][][][][][][] Recapito Telefonico:

Indirizzo: Cap: [][][][] Comune: Prov:

EVENTO PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Data di accadimento (gg/mm/aa):

--	--	--	--	--

 Ora: Luogo:

Descrizione delle cause e delle circostanze:

.....

.....

.....

.....

.....

RIFERIMENTI DI CONTO CORRENTE (PER L'EVENTUALE LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO)

Intestatario: Codice Iban:

DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA DA ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA SINISTRO OPPURE DA INVIARE SUCCESSIVAMENTE
QUALORA NON ANCORA DISPONIBILE ALLA DATA DI COMPILAZIONE DEL MODULO

- Cartella clinica in copia conforme all'originale in caso di ricovero o, in assenza di ricovero, certificato medico originale attestante la lesione e/o amputazione.

Informativa per il trattamento dei dati personali

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

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla privacy consultabile sul sito www.metlife.it, la informiamo che i dati personali, da lei forniti (anche riferiti a terzi il cui trattamento sia strumentale alla fornitura dei servizi previsti dalla polizza stessa) con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati dalla Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited (titolari del trattamento) al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Nel caso di trattamento di dati di minori di età la manifestazione del consenso richiesto in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. Precisiamo, inoltre, che il consenso richiesto, oltre che ai dati personali di natura comune forniti all'atto della stipula del contratto, può riferirsi anche a dati che la normativa definisce come "dati sensibili" ed in particolare ai dati personali idonei a rivelare lo stato di salute come ad esempio alcune informazioni riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche. Le ricordiamo, inoltre, che ai sensi della normativa vigente per "dati sensibili" si intende anche qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché la vita sessuale (art. 4 co. 1 lett. D) D.Lgs. 196/2003). Il conferimento di tali dati risulta pertanto necessario al perseguimento delle suddette finalità e senza di essi non saremmo in grado di valutare la sua richiesta di indennizzo.

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

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

particolare, negli Stati Uniti.

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

Se interessato, contrassegnando gli appositi *check-box*, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per l'invio di messaggi promozionali per la vendita di prodotti o servizi del Titolare, ovvero, con separata dichiarazione, per l'analisi delle sue esigenze ed interessi, per il compimento di sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso, attraverso modalità automatizzate di contatto (es. *email*) o attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, co. 1 e 2 del D.lgs. 196/03. Il rilascio del consenso per tali finalità è facoltativo, ma in mancanza non sarà possibile per MetLife inviare messaggi promozionali e valutare il grado di soddisfazione della clientela e migliorare il servizio reso. Il consenso eventualmente espresso si riferisce a entrambe tali modalità di comunicazione ma in ogni momento potrà precisare che il consenso va riferito ad uno solo di tali strumenti di contatto.

In ogni momento, lei potrà consultare i suoi dati e chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione od opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere successivamente una diversa volontà sulle modalità di contatto rivolgendosi alla Rappresentanza Generale per l'Italia delle Nostre società, MetLife Europe Limited, presso Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it. Inoltre le ricordiamo che è sua facoltà, ove sia di suo interesse, comunicarci in qualunque momento una diversa volontà circa l'uso dei dati per attività di marketing, per la partecipazione a sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso, ovvero sulle modalità di comunicazione.

Infine, tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe esser necessario disporre dei dati di terzi (quali a titolo esemplificativo l'assicurato se diverso dal contraente, il beneficiario, l'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere, nel momento in cui si dovesse fornire dati relativi ai suddetti terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo, fornire ai terzi la presente informativa

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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



Data (gg/mm/aa):

--	--	--	--	--	--

Firma dell'Assicurato _____

Da inviare a mezzo di lettera raccomandata a/r a METLIFE EUROPE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA, UFFICIO SINISTRI, VIA A. VESALIO N. 6, 00161 ROMA oppure all'indirizzo email sinistri@metlife.it.