

MetLife Europe Limited

Rappresentanza Generale per l'Italia

Contratto di assicurazione Budget Protection.

Condizioni di assicurazione relative alla Convenzione assicurativa n. AH/16/050 stipulata da Compass Banca S.p.A. con MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia.

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

Data di aggiornamento dei dati contenuti nel presente documento: **22/02/2016.**

TERMINOLOGIA CONTRATTUALE

Assicurato: la persona fisica sulla cui vita o persona viene stipulato il Contratto, che abbia aderito al Programma Assicurativo e corrisposto il relativo Premio.

Beneficiario: l'Assicurato.

Carenza: periodo di tempo durante il quale il Programma Assicurativo non è efficace. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e la Compagnia non corrisponderà la prestazione assicurata.

Caricamenti: parte del Premio destinata a coprire i costi commerciali e amministrativi della Compagnia.

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

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

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

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

Franchigia assoluta: periodo di tempo non rilevante ai fini del calcolo dell'Indennizzo.

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

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

Intermediario/i: i soggetti iscritti al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, che sono incaricati della distribuzione della Polizza.

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 alla Compagnia per la copertura assicurativa offerta.

Premio puro: il Premio al netto delle imposte e dei Caricamenti.

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

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

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

ART. 1 – BASE DELL'ASSICURAZIONE

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

L'assicurazione viene offerta, in via esclusiva, ai soggetti che alla data di adesione al Programma Assicurativo esercitino una professione lavorativa che produca reddito e che siano in grado di documentare tale condizione. A titolo esemplificativo ma non esaustivo, restano pertanto esclusi dall'assicurazione i non lavoratori, i pensionati, gli studenti, le casalinghe e tutti quei soggetti che non possano documentare di percepire un reddito a fronte dell'attività lavorativa svolta.

ART. 2 – GARANZIE

Il Programma Assicurativo offerto dalla Compagnia prevede le seguenti garanzie:

- Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia (ITT);
- Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia (RO).

Si informa l'Assicurato che le garanzie sono valide senza limiti territoriali. Tuttavia:

- **l'ITT deve essere oggetto di accertamento da parte di un medico che sia abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;**
- **il RO deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.**

Informazione importante

Qualora in corso di Contratto dovesse mutare la condizione lavorativa dell'Assicurato (da soggetto che esercita una professione lavorativa che produca reddito a soggetto che non esercita una professione lavorativa che produca reddito oppure a soggetto non lavoratore, comprese a titolo esemplificativo ma non esaustivo le cessazioni - anticipate o alla loro scadenza - dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim) la garanzia ITT cessa dalla medesima data e la Compagnia, previa comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A/R dell'Assicurato, corredata della documentazione attestante il mutamento della condizione lavorativa, procederà al rimborso della frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia ITT, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio pari a € 20.00. La porzione di Premio da restituire sarà calcolata a partire dalla data di cessazione della garanzia ITT, anche qualora la comunicazione alla Compagnia dovesse essere inviata in un momento successivo, purché sempre nel periodo di validità del Contratto. La porzione di Premio da restituire sarà calcolata in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. Resta inteso che la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio nel caso in cui abbia liquidato un Sinistro relativo alla garanzia ITT.

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

3.1 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che:

- al momento dell'adesione al Programma Assicurativo:
 - siano residenti nel territorio della repubblica italiana;
 - siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
 - abbiano un'età compresa tra 18 e 70 anni non compiuti;
 - esercitino una professione lavorativa che produca reddito;
- al termine del Programma assicurativo, non abbiano ancora compiuto 70 anni di età.

3.2 – Formalità di assunzione del rischio e modalità di perfezionamento del Contratto

Si richiede la sottoscrizione della Dichiarazione di Buona Salute riportata nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo. Il Contratto si perfeziona con la sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato. Anche nei casi non espressamente previsti dalla Compagnia, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, con evidenza del costo a suo carico.

3.3 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

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

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

ART. 4 – DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 della data di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato 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:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) in caso di esercizio del diritto di recesso;

Nel caso a) la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio. Nel caso b) la Compagnia procederà alla restituzione del Premio nei termini specificati all'art. 5.

ART. 5 – RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto, a mezzo di **lettera raccomandata A/R indirizzata alla Compagnia, entro 60 giorni** dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa. Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della relativa comunicazione. A partire dall'inizio del quinto anno del Programma Assicurativo, spetterà inoltre all'Assicurato il diritto di recedere con effetto a decorrere dall'inizio della successiva annualità e senza alcun onere, a condizione che tale 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. In entrambi i casi l'Assicurato ha diritto di ottenere - entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso - il rimborso del Premio finanziato e non goduto al netto delle imposte (pari al 2,5% dell'ammontare del Premio).

ART. 6 – PRESTAZIONI ASSICURATE

▪ Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

In caso di Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (ITT) che comporti la perdita temporanea ed in misura totale della capacità dell'Assicurato di attendere alla propria professione lavorativa, la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 7, rimborsa al Beneficiario una prestazione fissa pari a € 200,00, a condizione che:

- l'ITT abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a 60 giorni consecutivi (la Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di ITT);
- l'ITT sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

La prestazione fissa viene corrisposta ogni 30 giorni, a partire dal 61° giorno di ITT, fino ad un massimo di 12 prestazioni per Contratto. 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.

TABELLA ESEMPLIFICATIVA GARANZIA ITT	
Numero giorni ITT	Importo liquidato
13	€ 0
68	€ 200,00
115	€ 400,00
480	€ 2.400,00

▪ **Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia**

In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia dell'Assicurato (RO) la Compagnia, fermi i casi di esclusione specificati all'art. 7, rimborsa al Beneficiario una prestazione fissa pari a € 200,00, a condizione che:

- il RO abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a 7 giorni consecutivi (la Franchigia si calcola a partire dal primo giorno di RO);
- il RO sia avvenuto in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.

La prestazione fissa viene corrisposta ogni 30 giorni, a partire dal 8° giorno di RO, fino ad un massimo di 12 prestazioni per Contratto.

TABELLA ESEMPLIFICATIVA GARANZIA RO	
Numero giorni RO	Importo liquidato
5	€ 0
18	€ 200,00
40	€ 400,00
480	€ 2.400,00

Informazione importante

Qualora in corso di Contratto dovesse mutare la condizione lavorativa dell'Assicurato (da soggetto che esercita una professione lavorativa che produca reddito a soggetto che non esercita una professione lavorativa che produca reddito oppure a soggetto non lavoratore, comprese a titolo esemplificativo ma non esaustivo le cessazioni - anticipate o alla loro scadenza - dei contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali, temporanei o ad interim) la garanzia ITT cessa dalla medesima data e la Compagnia, previa comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A/R dell'Assicurato, corredata della documentazione attestante il mutamento della condizione lavorativa, procederà al rimborso della frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia ITT, al netto delle spese amministrative sostenute per il rimborso del Premio pari a € 20,00. La porzione di Premio da restituire sarà calcolata a partire dalla data di cessazione della garanzia ITT, anche qualora la comunicazione alla Compagnia dovesse essere inviata in un momento successivo, purché sempre nel periodo di validità del Contratto. La porzione di Premio da restituire sarà calcolata in proporzione agli anni e frazione di anno mancanti alla scadenza della copertura. Resta inteso che la Compagnia non procederà ad alcuna restituzione di Premio nel caso in cui abbia liquidato un Sinistro relativo alla garanzia ITT.

Esempio

Si illustra di seguito un'ipotesi di circostanza che determina la cessazione della garanzia ITT. Al momento della stipula del contratto di assicurazione, l'Assicurato svolge una professione di lavoro dipendente del settore privato. Successivamente, nel corso del contratto di assicurazione, l'Assicurato, raggiunge l'età di pensionamento ed interrompe la propria professione lavorativa. In questo caso la garanzia ITT cesserà automaticamente alla data di interruzione della professione lavorativa e la Compagnia, su richiesta dell'Assicurato, procederà al rimborso della frazione di Premio residua e non goduta relativa alla garanzia ITT.

Formula di calcolo per il rimborso del Premio garanzia ITT:

$$R = \frac{P * (U - E)}{(U - I)} - 20,00$$

Dove:

- R = Premio garanzia ITT rimborsato
- P = Premio netto imposte garanzia ITT
- U = data termine assicurazione
- E = data cessazione garanzia ITT
- I = data inizio assicurazione

Esempio:

Premio netto imposte garanzia ITT:	€ 500,00
Data inizio assicurazione:	01/01/2016
Data termine assicurazione:	31/12/2016
Data cessazione garanzia ITT:	01/07/2016
Spese amministrative:	€ 20,00
Premio Rimborsato:	€ 230,68

$$230,68 = \frac{500 * 183}{365} - 20,00$$

ART. 7 – LIMITAZIONI

Informazione importante

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

Franchigia: per la garanzia Inabilità Temporanea Totale è previsto un periodo di Franchigia assoluta di 60 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di ITT; per la garanzia Ricovero Ospedaliero è previsto un periodo di Franchigia assoluta di 7 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di RO.

Esclusioni

- **Per l'Inabilità Temporanea Totale ed il Ricovero Ospedaliero, le conseguenze:**
 - dell'uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
 - di stati di alcolismo acuto o cronico;
 - di un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
 - di tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
 - di guerra o insurrezione;
 - di qualsiasi incidente aereo (eccetto se l'Assicurato si trova come semplice passeggero a bordo di un volo commerciale);
 - di atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;
 - di tutti i rischi nucleari;
 - di malattie mentali o disturbi psichici in genere;
 - di ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
 - della gravidanza, del puerperio e delle patologie correlate.
- **Solo per il Ricovero Ospedaliero: i ricoveri non comprovati da un motivo medico oggettivo e/o chirurgico, come ad esempio una convalescenza, una cura termale, un soggiorno presso una casa di cura o gli interventi di chirurgia estetica.**

Prestazione massima

La prestazione massima pagabile per ciascun Programma Assicurativo riferibile alla presente Convenzione e per Assicurato è di:

- Inabilità Temporanea Totale, € 2.400,00;
- Ricovero Ospedaliero, € 2.400,00.

ART. 8 – PREMIO ASSICURATIVO

Il Premio è unico ed è pari a quanto di seguito indicato in base alla durata del Programma Assicurativo:

- Programma Assicurativo di durata inferiore o pari a 12 mesi, € 4,22 mensili da moltiplicare per il numero di mensilità del Programma Assicurativo;
- Programma Assicurativo di durata superiore a 12 mesi, € 4,00 mensili da moltiplicare per il numero di mensilità del Programma Assicurativo.

La Compagnia 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 il diritto di recesso per i primi 5 anni di durata del Programma Assicurativo ai sensi dell'art. 1899 c.c.

Si informa l'Assicurato che il peso del Premio relativo alla garanzia Inabilità Temporanea Totale è pari al 87,56% del totale per programmi assicurativi di durata inferiore o pari a 12 mesi ed al 86,75% del totale per programmi assicurativi di durata superiore a 12 mesi.

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

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

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

ART. 9 – DENUNCIA DI SINISTRO ED OBBLIGHI RELATIVI

In caso di Sinistro deve essere inoltrata denuncia alla Compagnia all'indirizzo **MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Sinistri, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma** oppure, attraverso il sito web, all'indirizzo www.sinistrimetlife.it. Per informazioni ed assistenza è possibile scrivere ai recapiti sopra indicati oppure telefonare al Numero Verde **800.378.288**. **Si considerano valide solo le denunce inviate in forma scritta, a condizione che siano complete delle informazioni e dei documenti elencati nel Modulo di denuncia Sinistro messo a disposizione dalla Compagnia.** La Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione qualora, a suo giudizio, ciò sia necessario per la corretta valutazione 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 fondatezza delle informazioni alla stessa comunicate. **Ai sensi dell'art. 2952 c.c. 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. 10 – RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a mezzo posta, telex o email alla funzione Ufficio Reclami della Compagnia, incaricata del loro esame, ai recapiti qui di seguito indicati: MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Ufficio Reclami, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300, [indirizzo e-mail reclami@metlife.it](mailto:indirizzo-e-mail-reclami@metlife.it).

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

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

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

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

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

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

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

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

In ogni caso, resta salva la facoltà di proporre il reclamo nei confronti dell'Autorità di Vigilanza dello Stato membro di origine (Irlanda) di MetLife Europe 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. 11 – RICHIESTA DI INFORMAZIONI

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

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

ART. 12 – LEGGE APPLICABILE

Al Contratto si applica la legge italiana.

ART. 13 – 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. 14 – VALUTA

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

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 rettificazione, l'integrazione e la cancellazione. Potrà, altresì, opporsi al loro trattamento per finalità di marketing diretto, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere, successivamente, una diversa preferenza sulle modalità adoperate per contattarla (art. 7 del D.lgs. n. 196/2003), inviando una comunicazione a MetLife Europe 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.