



Alico Italia S.p.A.

Fascicolo informativo Convenzione Malattia n. AH/11/33 “Surgical Cash per l’Individuo o la Famiglia”

Deutsche Bank S.p.A.

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- **Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Modulo di Adesione**

deve essere consegnato all’Assicurato prima che questi sia vincolato dal contratto di assicurazione.

AVVERTENZA:

prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

Mod. MBA54S - ed. 10/2011



Alico Italia S.p.A. - Capitale Sociale € 22.351.000,00 i.v. P.IVA, C.F. e numero di Iscrizione Registro delle Imprese di Roma 04637801004. Iscritta all’Albo delle Imprese di Assicurazione e Riassicurazione al n. 1.00119. Capogruppo del Gruppo Assicurativo Alico Italia iscritto all’Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 040. Società per Azioni a Socio Unico, soggetta a direzione e coordinamento di Alico (U.S.A.) - società appartenente al gruppo MetLife Inc. Impresa autorizzata all’esercizio delle assicurazioni con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/94 G.U. n. 12 del 16/1/95 e n. 323 del 5/8/96 G.U. n. 193 del 19/8/96

NOTA INFORMATIVA

Convenzione di Assicurazione Malattia n. AH/11/33.

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

L'Assicurato deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

LA NOTA INFORMATIVA SI ARTICOLA IN TRE SEZIONI:

A – INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONI

B – INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

C – INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A – INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ DI ASSICURAZIONI

1. INFORMAZIONI GENERALI

La denominazione sociale della Società è Alico Italia ed è costituita nella forma giuridica di Società per Azioni a Socio Unico. La Società è soggetta a direzione e coordinamento di Alico (American Life Insurance Company) - società appartenente al Gruppo MetLife Inc.. Alico Italia S.p.A. utilizza il marchio commerciale MetLife per identificare i propri prodotti assicurativi.

La Sede Legale e la Direzione Generale sono stabilite in Italia, in: Viale Castro Pretorio n. 124 - 00185, Roma - Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300 - Sito Internet www.metlife.it - e-mail sede.roma@metlife.it.

La Società è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni sulla Vita, Infortuni e Malattia con Provvedimenti ISVAP n. 1 del 29/12/1994 e n. 323 del 5/8/1996, pubblicati rispettivamente sulla Gazzetta Ufficiale n. 12 del 16/1/1995 e n. 193 del 19/8/1996 – numero di iscrizione all'Albo delle Imprese di Assicurazione 1.00119.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELLA SOCIETÀ

Il patrimonio netto di Alico Italia S.p.A. è pari a € 50.663.000,00 e comprende il capitale sociale pari a € 22.351.000,00 e le riserve patrimoniali pari a € 26.570.000,00. L'indice di solvibilità di Alico Italia S.p.A. relativo alla gestione danni, ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 171%.

B – INFORMAZIONI RELATIVE AL CONTRATTO

ATTENZIONE:

Il contratto ha durata unica di 24 mesi ed è senza tacito rinnovo. La decorrenza e la scadenza sono indicate nel Modulo di Adesione. L'Assicurato ha diritto di recedere dal contratto entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Si rinvia all'Art. 3 per gli aspetti di dettaglio.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Il presente contratto prevede la possibilità di scegliere tra le seguenti due opzioni:

- **Opzione Individuo:** la garanzia opera a favore del solo Assicurato che ha sottoscritto il Modulo di adesione
- **Opzione Nucleo familiare:** la garanzia opera a favore dell'Assicurato e del suo nucleo familiare, così come definito nel glossario.

La Società garantisce a seconda dell'opzione prescelta, in caso di intervento chirurgico reso necessario da Infortunio o Malattia Improvvisa, un indennizzo determinato in misura fissa e forfetaria in base alla classe di appartenenza dell'intervento subito, come specificato nel "Nomenclatore degli Interventi Chirurgici".

AVVERTENZA:

Si rinvia agli **Artt. dal 17 al 25** delle Condizioni di Assicurazione Particolari Operanti per gli aspetti di dettaglio delle singole prestazioni.



A scopo esemplificativo, si illustra di seguito il meccanismo di funzionamento relativo all'applicazione del capitale in caso di sinistro:

INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA IMPROVVISA

Considerato un intervento in classe "4" opzione Individuo o opzione Nucleo Familiare, in base al "Nomenclatore degli Interventi Chirurgici", qualora in conseguenza di un evento indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato subisca un intervento in Istituto di Cura pubblico o privato, la Compagnia corrisponde una cifra fissa e forfettaria di € 1.000,00, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato abbia sostenuto o meno la spesa.

La liquidazione per intervento chirurgico avverrà con diverse modalità a seconda dell'intervallo tra uno o più interventi.

Si rinvia agli **Artt. 29,30, 31** delle "Garanzie prestate e somme assicurate" per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA:

La polizza prevede le esclusioni e le limitazioni rispettivamente indicate agli Art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione e agli Artt. 22 e 23 delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Il limite massimo di età assicurabile è quello riportato nell'Art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

4. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

Le garanzie previste dal presente contratto si intendono operanti:

- dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza per gli interventi conseguenti ad Infortunio;
- dalle ore 24.00 del 90° giorno successivo alla data di decorrenza per gli interventi conseguenti a Malattia Improvvisa.

AVVERTENZA:

Alla polizza si applicano i termini di carenza previsti dall'Art. 20 delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

5. DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze rese dall'Assicurato anche per conto dei propri familiari, relative a circostanze tali che la compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato di cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1892 c.c. e dell'Art. 4 delle condizioni di assicurazione.

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Compagnia potrà esercitare il diritto di recesso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1893 c.c. e dell'Art. 4 delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza:

Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1895 c.c. e dell'Art. 5 delle condizioni di assicurazione.

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni della professione degli Assicurati o del loro stato di salute.

Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi dell'Art. 22 delle Condizioni Particolari di Assicurazione, ancorché presenti nello Stato di Famiglia, ed è da considerarsi immediatamente sospesa, qualora le condizioni di non assicurabilità siano presenti al momento della sottoscrizione o insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

La copertura decade qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

Nel caso in cui sia stata prescelta l'opzione "Individuo" la Compagnia restituirà all'Assicurato il premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

7. PREMI

Il premio, previsto all'Art. 18 delle Condizioni Particolari di Assicurazione è determinato in relazione alle garanzie prestate e alla durata contrattuale. Dovrà essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione. Il premio viene pagato su delegazione dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del modulo di Adesione e viene versato in via anticipata dal Contraente all'Assicuratore.

8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il premio è unico e non è prevista alcuna forma di frazionamento. Le somme assicurate sono costanti per tutta la durata contrattuale e non sono soggette ad alcun adeguamento.

9. DIRITTO DI RECESSO

L'Assicurato ha diritto di recedere dal presente contratto, a mezzo di lettera raccomandata A/R alla Direzione della Società Alico Italia S.p.A. - Viale Castro Pretorio, 124 - 00185 Roma, entro 30 giorni dalla sottoscrizione del Modulo di Adesione.

Si rinvia all'Art. 3 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 comma 1 il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalla singole scadenze. Ai sensi del comma 2, gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. LEGGE APPLICABILE

Il presente contratto è soggetto alla legge italiana. Ai sensi del Codice delle Assicurazioni, le parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.

12. REGIME FISCALE

Ai sensi dell'art. 15 del T.U.I.R. i premi lordi corrisposti alla Compagnia non sono detraibili. La polizza è assoggettata a imposte pari al 2,5% del premio.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Avvertenza: ai fini della presente polizza il sinistro si intende verificato il giorno del ricovero.

La denuncia deve essere presentata alla Società al più presto con lettera Raccomandata A.R. in base alle indicazioni riportate sul Modulo di Denuncia Sinistro allegato alla presente e secondo quanto previsto dall'Art. 24. Le spese necessarie per l'accertamento e la liquidazione del danno verranno sostenute dalla Compagnia.

S'intendono prescritte tutte le richieste di indennizzo inviate alle Compagnia, decorsi due anni dalla data dell'evento.

L'Assicurato dispone e autorizza la Compagnia ad accedere a tutta la documentazione medica utile e/o necessaria ai fini dell'accertamento dell'esistenza del diritto alla liquidazione dell'indennizzo.

14. RECLAMI

Ferma la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia:

Alico Italia S.p.A. - Ufficio Reclami
Viale Castro Pretorio, 124 - 00185 ROMA
Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300
Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it

L'Impresa gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. In conformità al disposto del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi al seguente Istituto:

ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale n. 21
00187 Roma

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

Pag. 4 di 7



- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Società 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).

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'Isvap 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.

Resta comunque salva la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria.

15. ARBITRATO

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, 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.

Avvertenza: le parti conservano in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Avvertenza: la Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo, 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.

GLOSSARIO

ASSICURATO: il cliente di Deutsche Bank S.p.A. che abbia aderito alla Convenzione “Surgical Cash per l'Individuo o la Famiglia” sottoscrivendo l'apposita clausola riportata nel Modulo di Adesione.

ASSICURAZIONE: il contratto di Assicurazione.

ASSICURATORE: Alico Italia S.p.A..

BENEFICIARIO: l'Assicurato stesso.

COMPAGNIA: Alico Italia S.p.A.

CONTRAENTE: Deutsche Bank S.p.A. .

DAY HOSPITAL: degenza diurna senza pernottamento.

DECORRENZA DELLA GARANZIA: momento in cui le garanzie divengono operanti, a condizione che sia stato pagato il premio pattuito.

DURATA CONTRATTUALE: periodo durante il quale il contratto è efficace.

ESCLUSIONI: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

FASCICOLO INFORMATIVO: l'insieme della documentazione informativa da consegnare all'Assicurato e al Contraente, composta da: Nota informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Nomenclatore, Modulo di Adesione..

INDENNIZZO: somma dovuta dalla Compagnia a titolo di ristoro del danno subito da un proprio Assicurato al verificarsi del sinistro coperto dal presente contratto di Assicurazione.

INFORTUNIO: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca all'Assicurato lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

INTERVENTO CHIRURGICO: tecnica terapeutica cruenta applicata sull'Assicurato, mediante uso di strumenti operatori, finalizzata a risolvere una patologia o una lesione conseguente ad infortunio e/o malattia.

ISTITUTO DI CURA: struttura sanitaria pubblica o casa di cura privata regolarmente autorizzata ai sensi di Legge all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Non sono considerati convenzionalmente Istituti di Cura: stabilimenti termali, strutture per anziani, case di cura per lungodegenze o convalescenza, strutture che hanno prevalentemente finalità estetiche, dietologiche, fisioterapiche e riabilitative.

ISVAP: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

MALATTIA: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad infortunio.

MALATTIA CRONICA: malattia ad andamento prolungato con scarsa tendenza alla guarigione.

MALATTIA IMPROVVISA: malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

MALATTIA PREESISTENTE: malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche preesistenti che siano note e/o diagnosticate all'Assicurato alla data di sottoscrizione della polizza.

MODULO DI ADESIONE: il documento sottoscritto dall'Assicurato che prova l'Assicurazione.

NOMENCLATORE: l'elenco di interventi chirurgici classificati per tipologia e suddivisi per classi di indennizzo.

NUCLEO FAMILIARE: (esclusivamente se evidenziati dallo stato di famiglia):

- il coniuge (purché non divorziato o separato legalmente);
- i figli dell'Assicurato.

Nella qualifica di “figli” devono ritenersi compresi anche:

- i figli naturali legalmente riconosciuti;
- i minori legalmente affidati od adottati.

OPZIONE: la combinazione di garanzie prescelte dall'Assicurato (Individuo o Famiglia).

PARTI: L'Assicurato, il Contraente e l'Assicuratore che sottoscrivono il contratto di assicurazione.

PREMIO: la somma dovuta in un'unica soluzione dall'Assicurato all'Assicuratore.

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

PRESTAZIONI ASSICURATE: la somma che l'Assicuratore si impegna a pagare, al verificarsi di un evento assicurato a termini di Polizza, differenziata per ciascuna garanzia prestata, indicata nel Modulo di Adesione.

RICOVERO: la degenza dell'Assicurato in Istituto di Cura, pubblico o privato, che comporti almeno un pernottamento.

SFORZO: impiego di energie muscolari, concentrate nel tempo, che esorbitano per intensità dalle normali attività e dagli atti di forza lavorativi dell'Assicurato.

SINISTRO: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETA': Alico Italia S.p.A..

SOMMA ASSICURATA: la somma che l'Assicuratore si impegna a pagare al verificarsi di un evento assicurato ai termini della Polizza, differenziata per ciascuna classe di intervento, in base al piano di copertura prescelto dall'Assicurato al momento della sottoscrizione del Modulo di Adesione.

TERMINI DI CARENZA: periodo iniziale dalla data di decorrenza del contratto durante il quale l'eventuale sinistro non è indennizzato dall'Assicuratore.

Alico Italia S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

*L'Amministratore Delegato
Dott. Robert Constantin Gauci*



Data dell'ultimo aggiornamento: 01/10/2011

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE SURGICAL CASH

ART. 1 - BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dall'Assicuratore in base alle dichiarazioni effettuate dal Contraente e dall'Assicurato per sé stesso e per i propri familiari. Il rischio assunto dall'Assicuratore è stato oggetto di valutazione in relazione all'insieme delle informazioni assunte dalla Contraente e dall'Assicurato, della cui veridicità si assumono la responsabilità.

L'Assicurato ha la facoltà di scegliere tra le seguenti opzioni:

Opzione Individuo: la garanzia opera a favore del solo Assicurato che ha sottoscritto il Modulo di adesione

Opzione Nucleo familiare: la garanzia opera a favore dell'Assicurato e del suo nucleo familiare, così come definito nel glossario.

AVVERTENZA:

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese e necessarie per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

ART. 2 - MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO – DECORRENZA - PAGAMENTO DEL PREMIO

Il contratto si conclude nel momento in cui l'Assicurato, dopo aver preso visione delle Condizioni di Assicurazione, ne accetta i contenuti mediante la sottoscrizione del Modulo di Adesione che costituisce piena prova dell'avvenuta conclusione del contratto.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione, se il premio unico è stato pagato, altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

ART. 3 - DIRITTO DI RECESSO - DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA

Il contratto ha durata unica di 24 mesi ed è senza tacito rinnovo. La decorrenza e la scadenza sono indicate nel Modulo di Adesione. La garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901, secondo comma del Codice Civile. L'Assicurato ha diritto di recedere entro 30 giorni dalla data di sottoscrizione del Modulo di Adesione.

ART. 4 - DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze rese dall'Assicurato anche per conto dei propri familiari, relative a circostanze tali che la compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato di cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1892 c.c. e dell'Art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Compagnia potrà esercitare il diritto di recesso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1893 c.c. e dell'Art. 4 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza:

Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1895 c.c..

ART. 5 - AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni della professione degli Assicurati o del loro stato di salute.

Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi dell'Art. 22 delle Condizioni Particolari di Assicurazione ancorché presenti nello Stato di Famiglia, ed è da considerarsi immediatamente sospesa, qualora le condizioni di non assicurabilità siano presenti al momento della sottoscrizione o insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

La copertura decade qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

Nel caso in cui sia stata prescelta l'opzione "Individuo" la Compagnia restituirà all'Assicurato il premio già pagato, al netto delle imposte di legge e della quota di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

ART. 6 - ONERI FISCALI

Sono a carico dell'Assicurato tutte le imposte, tasse e gli altri oneri presenti e futuri dipendenti per legge dal Contratto.

ART. 7 - LIMITI TERRITORIALI, RESIDENZA, ETA' DEGLI ASSICURATI

Il contratto assicura la copertura in relazione agli eventi verificatisi in qualsiasi località del mondo, purché gli Assicurati siano residenti nel territorio della Repubblica Italiana.

Sono assicurabili tutte le persone e le persone fisiche che alla data di sottoscrizione del contratto abbiano:

- fra i 18 e 64 anni non compiuti in caso di adesione all'opzione Individuo;
- fra i 2 e i 64 anni non compiuti in caso di adesione all'opzione Nucleo Familiare.

Il limite massimo di età assicurabile è comunque pari a 65 anni.

ART. 8 - RECLAMI

Ferma la facoltà di adire direttamente l'Autorità Giudiziaria, eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Compagnia:

Alico Italia S.p.A. - Ufficio Reclami
Viale Castro Pretorio, 124 - 00185 ROMA
Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300
Indirizzo e-mail: reclami@metlife.it

L'Impresa gestisce il reclamo dandovi riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. In conformità al disposto del Regolamento ISVAP n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi al seguente Istituto:

ISVAP - Servizio Tutela degli Utenti
Via del Quirinale n. 21
00187 Roma

corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dall'Impresa e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Società 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).

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'ISVAP i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, è possibile presentare reclamo all'Isvap o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito Internet <http://ec.europa.eu/internalmarket/fin services-retail/finnet/index.en.htm>, chiedendo l'attivazione della procedura FIN- NET.

ART. 9 - RICHIESTA DI INFORMAZIONI

La Società fornisce riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazioni presentata dall'Assicurato in merito all'evoluzione del rapporto assicurativo e alle modalità di determinazione della prestazione assicurativa entro 20 gg. dalla ricezione della richiesta.

Le richieste devono essere inoltrate per iscritto alla Compagnia:

Alico Italia S.p.A.
Viale Castro Pretorio, 124 - 00185 ROMA
Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300

Oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti

Al fine di ottemperare al meglio alle procedure interne di riscontro, il Contraente o gli aventi diritto dovranno inserire sul plico la seguente indicazione: "Oggetto: Richiesta di informazioni".

ART. 10 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'art. 2952 comma 1 c.c. il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalla singole scadenze. Ai sensi del comma 2, gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Per ogni controversia relativa al presente contratto è esclusivamente competente, a scelta dell'Assicurato o degli aventi diritto, l'Autorità Giudiziaria del loro luogo di residenza o di domicilio.

ART. 12 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni previste dal contratto e dalla Legge, perché siano valide, devono essere fatte con lettera Raccomandata A.R. alla Direzione della Compagnia Alico Italia S.p.A. - Viale Castro Pretorio, 124 - 00185 Roma o al Contraente. Per la determinazione della data di invio, fa fede il timbro postale dell'ufficio dal quale la lettera raccomandata è stata spedita.

ART. 13 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Società si impegna a consegnare all'Assicurato un'apposita appendice integrativa, nel caso in cui si renda necessario aggiornare le informazioni contenute nel Fascicolo Informativo o nel Modulo di Adesione.

La Società comunica per iscritto all'Assicurato le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche dovute a modifiche delle norme di interesse, successive alla conclusione del contratto.

AVVERTENZA:

La Compagnia si impegna a pubblicare sul proprio sito internet www.metlife.it gli aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente Fascicolo informativo, 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.

ART. 14 - PROVA DEL CONTRATTO E RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

I rapporti contrattuali sono determinati esclusivamente dal presente contratto. Per tutto quanto non è regolato dal contratto valgono le vigenti disposizioni di Legge.

ART. 15 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI

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

In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona più di una Polizza "Surgical Cash per l'Individuo o la Famiglia".

Qualora tale eventualità dovesse verificarsi la Società considererà valida esclusivamente la polizza sottoscritta con la data di decorrenza più remota.

Su richiesta dell'Assicurato, la Società restituirà, al netto delle imposte, i premi incassati in relazione alle polizze stipulate indebitamente.

La disposizione indicata nel secondo comma dell'articolo non si applica nel caso in cui l'Assicurato dovesse risultare coperto per il medesimo rischio nella condizione di aderente ad una polizza collettiva stipulata da una persona giuridica.

ART. 16 - 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.

CONDIZIONI PARTICOLARI DELL'ASSICURAZIONE SURGICAL CASH

ART. 17 - PIANO DELLE GARANZIE PRESTATE, SOMME ASSICURATE

La Società garantisce in caso di intervento chirurgico reso necessario da Infortunio o Malattia Improvvisa, un indennizzo determinato in misura fissa e forfetaria in base alla classe di appartenenza dell'intervento subito, come specificato nel "Nomenclatore degli Interventi Chirurgici". **La prestazione è dovuta unicamente in relazione agli interventi elencati nel Nomenclatore Mod. MI ed. 01.09.2011.**

Il piano delle garanzie prestate, in funzione della classe di appartenenza dell'Intervento chirurgico subito è il seguente:

Opzione	Classi e Indennizzi						
	1	2	3	4	5	6	7
Individuo	€ 200	€ 300	€ 400	€ 1.000	€ 2.500	€ 4.000	€ 5.000
Nucleo Familiare	€ 200	€ 300	€ 400	€ 1.000	€ 2.500	€ 4.000	€ 5.000

Pertanto, individuata la tipologia cui appartiene l'intervento secondo quanto riportato nel Nomenclatore, l'indennizzo sarà pari a quello previsto per la corrispondente tipologia, secondo il piano di copertura prescelto dall'Assicurato.

L'Assicurazione è prestata a condizione che l'Intervento cui l'Assicurato è stato sottoposto:

- sia ricompreso tra quelli elencati nel "Nomenclatore mod. MI ed. 01.09.2011;
- sia richiesto come necessario da un medico;
- richieda la presenza di un medico anestesista durante l'atto operatorio;
- richieda un atto medico perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti;
- sia effettuato in un Istituto di Cura regolarmente autorizzato al ricovero in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità;
- comporti almeno un pernottamento dell'Assicurato in regime di ricovero ordinario;
- venga effettuato in Italia o all'estero qualora l'Assicurato si trovi in viaggio fuori del paese per un massimo di 60 giorni.

L'Assicuratore garantisce il pagamento dell'indennizzo forfetario corrispondente alla classe di appartenenza dell'intervento chirurgico, in base alle seguenti modalità:

- 100% in caso di intervento presso una struttura sanitaria pubblica o privata;
- in caso di più interventi effettuati durante lo stesso ricovero, l'Assicuratore corrisponde solo l'importo relativo all'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti;
- in caso di più interventi distanti fra loro meno di 30 giorni, l'Assicuratore corrisponde l'importo che risulti minore tra la somma degli indennizzi dovuti per i singoli interventi e il 150% dell'indennizzo previsto per l'intervento di classe più elevata fra quelli eseguiti.

ART. 18 - PREMI

Il premio unico lordo è determinato in relazione all'opzione prescelta riportata nel Modulo di Adesione.

Opzione	Durata	Premio Unico	Codice prodotto
Individuo	24 mesi	€ 348,00	MIBA54S24
Nucleo Familiare	24 mesi	€ 660,00	MFBA54S24

ART. 19- MODALITÀ ASSUNTIVE

Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi dell'Art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione e Art. 22 e delle Condizioni Particolari di Assicurazione e ed è da considerare immediatamente sospesa qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Assicuratore possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile. Qualora sia stata prescelta l'opzione Nucleo Familiare la copertura continuerà ad operare per gli altri componenti del nucleo stesso.

ART. 20 - TERMINI DI CARENZA

Le garanzie previste dal presente contratto si intendono operanti:

- dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza per gli interventi conseguenti ad infortuni;
- **dalle ore 24.00 del 90° giorno successivo alla data di decorrenza per gli interventi conseguenti a malattia improvvisa.**

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza riguardante il medesimo Assicurato e identiche garanzie, gli anzidetti termini di carenza si intendono non applicabili per le somme già assicurate.

ART. 21 - PATOLOGIE PREESISTENTI

L'assicurazione non è operante per gli Interventi riconducibili a infortuni, malattie, malformazioni, difetti fisici e stati patologici preesistenti alla data di decorrenza del contratto intendendosi per tali quelli per i quali l'Assicurato:

- sia stato visitato e/o curato da un medico;
- abbia assunto terapia farmacologica;
- abbia eseguito accertamenti diagnostici.

ART. 22 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, le persone che abbiano, siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sindromi organico cerebrali, forme maniaco-depressive, stati paranoici, siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica riconosciuta dall' INPS o da altro Ente previdenziale pubblico.

Al ricorrere di una delle condizioni di non assicurabilità sopra indicate, sia essa preesistente o sopravvenuta in corso di rapporto contrattuale, ogni copertura di polizza dovrà intendersi inefficace, a prescindere dalla circostanza che tale causa di inassicurabilità fosse stata eventualmente dichiarata al momento dell'assunzione e ciononostante il rischio sia stato erroneamente assunto.

Relativamente alla opzione "Individuo" se la causa di inassicurabilità fosse preesistente all'assunzione ed ignota all'Assicurato, il premio assicurativo non goduto sarà restituito all'Assicurato.

Nell'ipotesi di cause di inassicurabilità sopravvenute, l'inefficacia decorrerà dalla data in cui la condizione è divenuta nota o è stata diagnosticata all'Assicurato a cui spetterà il rimborso della quota parte di premio non goduta, al netto delle imposte di legge.

Relativamente alla opzione "Nucleo Familiare" nessun sinistro potrà essere indennizzato ad un Assicurato per il quale sussiste una causa di inassicurabilità, eccezion fatta per quelli eventualmente verificatisi prima della sopravvenienza, in corso di contratto, di una condizione di non assicurabilità. Nessun rimborso di premio è dovuto in quanto la copertura assicurativa rimane operante per gli altri componenti del Nucleo stesso.

ART. 23 - ESCLUSIONI

Fermo quanto disposto dal precedente Art. 22 "Persone non assicurabili", sono esclusi dall'assicurazione le prestazioni previste in polizza subite a seguito di:

- partecipazione a guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione (tale esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- delitti dolosi compiuti dall'Assicurato, partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico, ubriachezza accertata;
- suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- tutte le conseguenze, dirette o indirette, risultanti da un infortunio o da una malattia antecedente alla data di decorrenza della polizza;
- uso, anche come passeggero, di veicoli a motore e di natanti a motore in gare, competizioni e relative prove, uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendio e sport aerei in genere;

- dalla pratica, a qualunque titolo, dei seguenti sport: paracadutismo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, guidoslitta, hockey a rotelle, hockey su ghiaccio, lotta nelle sue varie forme, motociclismo, motonautica, pugilato, rugby, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci alpinismo, speleologia, sport subacquei relativamente ad immersioni con autorespiratore;
- dalla partecipazione in qualità di tesserato, sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive, a corse, gare e relativi allenamenti di: baseball, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;
- dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria.

Sono inoltre esclusi gli interventi:

- di chirurgia plastica o estetica, anche quando conseguenza di un infortunio o malattia;
- finalizzati alla fecondazione o infertilità, maternità, gravidanza, aborto;
- per la donazione di organi o tessuti;
- per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- di chirurgia refrattiva;
- di chirurgia dentale, anche quando conseguenza di un Infortunio o malattia;
- connessi a trattamenti di dialisi.



NORME RELATIVE AI SINISTRI

ART. 24 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro la denuncia con l'indicazione del luogo, giorno ed ora del ricovero e delle cause che lo hanno determinato, corredata dalla documentazione medica deve essere fatta per iscritto entro 60 giorni dall'evento o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, utilizzando l'apposito modulo di denuncia predisposto dall'Assicuratore, allegato alla presente polizza, contenente anche la Guida alla compilazione del Modulo di denuncia Sinistro nel quale viene riportata la documentazione da inviare in funzione del tipo di richiesta di indennizzo.

E' considerata come data di denuncia sinistro la data di spedizione della denuncia attestata dal timbro dell'Ufficio Postale.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicuratore si riserva la facoltà di richiedere eventuale ulteriore documentazione, oltre quella riportata nell'apposito modulo.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari dall'Assicuratore, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

ART. 25 - ARBITRATO

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, 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 rifiuti 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.

Avvertenza: le parti conservano in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Data dell'ultimo aggiornamento 01/10/2011

GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL MODULO DENUNCIA DI SINISTRO SURGICAL CASH

Nell'ipotesi in cui l'Assicurato subisca un ricovero con intervento a seguito di infortunio o malattia improvvisa, la polizza prevede un rimborso forfetario a seguito di un intervento chirurgico tra quelli elencati nel Nomenclatore.

Per i termini e le condizioni delle garanzie si rinvia in ogni caso a quanto previsto nel testo di Polizza.

Per rendere più agevoli e tempestive le operazioni di valutazione e liquidazione del sinistro, La invitiamo a seguire le seguenti indicazioni.

Le consigliamo di fotocopiare il "Modulo di Denuncia Sinistro" di seguito riportato e di utilizzare un Modulo per denunciare ogni singolo sinistro. Detto Modulo dovrà essere compilato in modo chiaro e leggibile in ogni sua parte e sottoscritto a cura dell'Assicurato (o dei Beneficiari), facendo particolare attenzione alle sezioni "Dati del Contraente" e "Dati dell'Assicurato che ha subito l'evento".

Nella sezione "Dati relativi all'evento" indichi con una crocetta la casella relativa alla tipologia di evento che intende denunciare, descrivendo nel modo più dettagliato e completo possibile le cause, le circostanze e le conseguenze, senza dimenticare di compilare gli spazi relativi alla data, ora e luogo di accadimento.

Il Modulo di Denuncia Sinistro, **deve essere compilato in ogni sua parte e deve essere corredato dagli originali/copie conformi agli originali della documentazione medica**. Il modulo e la documentazione devono essere inviati, con raccomandata A.R., entro 60 giorni dall'evento o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, al seguente indirizzo:

**Ufficio Sinistri
Alico Italia S.p.A.
Viale Castro Pretorio, 124 - 00184 Roma**

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Ai fini della completa valutazione del sinistro, l'Assicuratore si riserva comunque la facoltà di richiedere eventuale ulteriore documentazione, oltre quella riportata nell'apposito modulo.

In funzione del tipo di richiesta di indennizzo, devono essere inviati i seguenti documenti:

A) "Intervento chirurgico a seguito di infortunio o malattia improvvisa"

- 1. Copia conforme all'originale** della cartella clinica completa dalla quale risultino il periodo di degenza e per gli interventi il codice ICD9 e la descrizione del correlato intervento.

Nota bene: poiché la copia conforme all'originale della cartella clinica resta di proprietà dell'Assicuratore, Vi invitiamo, prima della spedizione, a trattenerne una copia per vostro uso.

Le ricordiamo, infine, di compilare con esattezza i campi relativi ai dettagli del conto corrente sul quale si desidera ricevere il pagamento dell'indennizzo, indicando l'intestatario e il codice IBAN.

La ringraziamo per la Sua attenzione e collaborazione ricordandoLe che un modulo incompleto o non firmato non potrà dare luogo all'avvio dell'istruttoria di liquidazione ritardando, in ogni caso, le operazioni di valutazione e conseguentemente di indennizzo del danno subito.



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DA PARTE DI ALICO ITALIA S.P.A.

Gentile Cliente,

nel rispetto della normativa privacy¹, desideriamo informarLa che i Suoi dati personali raccolti direttamente presso di Lei o acquisiti tramite altri soggetti², anche successivamente nel corso del rapporto con Lei instaurato, saranno utilizzati dalla nostra Società, Alico Italia S.p.A. (titolare del trattamento), al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti³. A tali scopi Lei potrebbe fornire alla Nostra società eventuali dati sensibili⁴ (come, ad esempio, le informazioni riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) 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).

Il conferimento dei Suoi dati è quindi necessario per la fornitura delle prestazioni e dei servizi assicurativi e, in alcuni casi, obbligatorio a livello normativo⁵. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirLe correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti.

I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle Nostre strutture, solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate. Alcuni Suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti appartenenti alla nostra rete di vendita e alla c.d. "catena assicurativa"⁶, (ii) società del Nostro gruppo⁷ e a società di Nostra fiducia, che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione⁸, nonché (iii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto⁹ che li utilizzeranno in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. L'elenco completo ed aggiornato di detti soggetti che, in Italia o all'estero, possono utilizzare i Suoi dati è disponibile presso la nostra sede (ai recapiti sotto indicati). L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile sul sito internet: www.alicoitalia.com.

Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A.¹⁰ qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri.

La invitiamo pertanto a rilasciare alla Nostra società, con la sottoscrizione della Proposta di Assicurazione, il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del Suo rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. Lei potrà inoltre decidere, barrando le corrispondenti caselle inserite all'interno dello stesso modulo, se acconsentire o meno al trattamento di alcuni Suoi dati personali da parte della Nostra società per finalità di informazione e promozione commerciale, anche per telefono, fax o e-mail, ovvero di analisi di mercato volte a migliorare i servizi offerti. Il rilascio dei Suoi dati per tali scopi è facoltativo e può risultare utile qualora Lei intenda essere aggiornato su nuovi prodotti e servizi assicurativi. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazioni od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'Art. 7 del Decreto Legislativo n. 196/2003), rivolgendosi al Responsabile del dipartimento della linea individuali quale Responsabile del trattamento di tali dati, presso Alico Italia S.p.A., Viale Castro Pretorio, 124 – 00185 Roma, tel. 05.492161, fax 06.49216300, e-mail sede.roma@metlife.it.

Data dell'ultimo aggiornamento: 01/10/2011

1. D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, recante il Codice in materia di protezione dei dati personali, e successive modifiche ed integrazioni.
2. Come, ad esempio, 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.
3. Stipulazione ed esecuzione di contratti di assicurazione, raccolta premi, liquidazione sinistri ed altre prestazioni; riassicurazione, coassicurazione; prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; esercizio e difesa dei diritti dell'assicuratore; adempimento degli specifici obblighi di legge o contrattuali; gestione e controllo interno; attività statistiche.
4. Per dato sensibile s'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 o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).
5. Ad es. per la normativa antiriciclaggio.
6. In particolare, i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, banche; SIM; Società di gestione del risparmio; studi legali per la gestione di eventuali reclami o controversie, legali, medici, periti; società di servizi per il quietanzamento, clinica convenzionata (scelta dall'interessato).
7. Società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
8. Ad es. società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
9. ANIA, ISVAP, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, UIF, Casellario Centrale Infortuni.
10. Precisamente alla società di riassicurazione ed alla capogruppo ALICO cui la nostra società è tenuta a trasmettere un rapporto relativo ai sinistri di particolare entità.



MetLifeSM

MetLife

Mod. BA54S Ed. 10/2011
© 2010 METLIFE, INC.
PEANUTS © 2010 Peanuts Worldwide

Alico Italia S.p.A.
Viale Castro Pretorio 124
00185 Roma
www.metlife.it