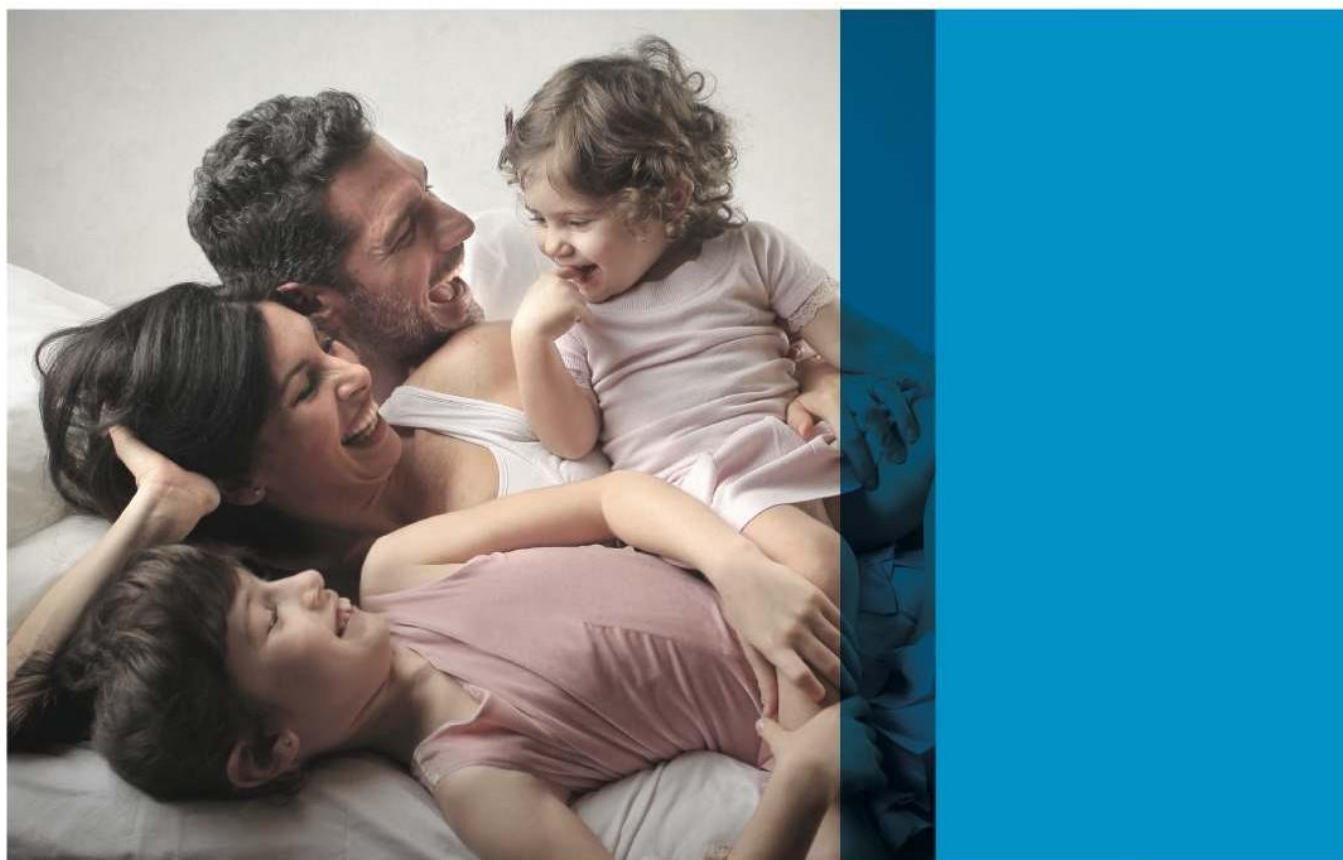


Il set informativo della tua polizza. Conservalo con cura.



MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

TIM Bollette Protette

Contratto di Assicurazione Credit Life

Convenzione assicurativa n. CL/23/050 stipulata da TIM S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:

- **DIP Vita - Documento informativo precontrattuale vita**
- **DIP Danni - Documento informativo precontrattuale danni**
- **DIP aggiuntivo Multirischi - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo multirischi**
- **Condizioni di assicurazione, comprensive del Glossario e dell'Informativa Privacy**
- **Facsimile del Modulo di adesione al Programma Assicurazione**

Informazione importante

La polizza assicurativa è **facoltativa** e **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato da TIM S.p.A. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con TIM S.p.A.

L'assicurato può **recedere** dal contratto accedendo all'area riservata <https://www.timmybroker.it/user-access#login> disponibile sul sito internet di TIM myBroker S.r.l., inviando un messaggio di Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo timmybroker@timpec.it, oppure inviando una lettera raccomandata A/R all'indirizzo Corso d'Italia, 41 - 00198 Roma.

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

Assicurazione Credit Life

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita)

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



Prodotto: TIM Bollette Protette - CL/23/050

Questo documento è stato realizzato in data 06/11/2023 ed è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **facoltativa** che ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona. TIM S.p.A., in qualità di contraente della convenzione collettiva n. CL/23/050, offre la polizza ai propri clienti.

La polizza **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato da TIM S.p.A. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con TIM S.p.A.



Che cosa è assicurato / Quali sono le prestazioni?

La polizza prevede la seguente garanzia:

- ✓ **Decesso** per qualsiasi causa
Somma assicurata: l'importo delle fatture relative alle utenze scadute nei 12 mesi antecedenti alla data del decesso, fino a un massimo di € 3.600,00.



Che cosa NON è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" contenuta nel DIP aggiuntivo Multirischi;
- ✗ sono portatrici di invalidità/inabilità riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- ✗ sono titolari di una pensione di invalidità/inabilità o hanno presentato domanda per ottenerla;
- ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



Ci sono limiti di copertura?

Sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- ! alcolismo acuto o cronico;
- ! un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- ! tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ! guerra o insurrezione;
- ! qualsiasi incidente aereo o di volo, ad eccezione del caso in cui l'assicurato si trovi, come semplice passeggero, a bordo di un volo autorizzato al trasporto di passeggeri;
- ! atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! tutti i rischi nucleari;
- ! infortunio antecedente alla data di acquisto della polizza.
- ! È inoltre escluso il suicidio dell'assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di adesione alla polizza.



Dove vale la copertura?

- ✓ La garanzia è valida senza limiti territoriali.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di decesso dell'assicurato, il beneficiario ha il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto all'Impresa, presentando la seguente documentazione:
 - certificato di morte in originale o copia conforme all'originale;
 - certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza in originale o copia conforme all'originale;
 - in caso di decesso a seguito di malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale;
 - in caso di decesso a seguito di infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale;
 - copia delle fatture relative alle Utenze di cui si richiede il rimborso e del pagamento effettuato.

Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:

- verbale redatto dalle autorità intervenute;
 - certificato autoptico
 - accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico.
- Hai il dovere di comunicare all'Impresa ed aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dall'Impresa per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.



Quando e come devo pagare?

Il premio è mensile ed è determinato in relazione alle garanzie prestate, alla loro durata ed ammontare, all'età dell'assicurato ed al suo stato di salute. Il premio viene addebitato mensilmente dall'Intermediario sul conto corrente bancario, BancoPosta o carta di credito dell'assicurato. Il premio viene versato dall'intermediario all'Impresa su base mensile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 della data di adesione alla polizza e rimane in vigore per un mese. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di mese in mese a condizione che, alla data del rinnovo, l'assicurato:

- non abbia ancora compiuto 75 anni;
- sia in possesso dei requisiti di assicurabilità;
- non sia stato riconosciuto invalido/inabile dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico o non abbia iniziato a percepire una pensione di invalidità/inabilità;
- abbia un'utenza telefonica attiva.



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dall'intero contratto (comprensivo sia della garanzia vita che delle garanzie danni) **entro 60 giorni** dalla data di acquisto della polizza. In tal caso l'Impresa ti restituirà entro 30 giorni il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Puoi comunque disdire la polizza ad ogni ricorrenza mensile di pagamento del premio con un **preavviso di 15 giorni**. In questo caso la polizza cessa e nulla sarà più dovuto.

Per recedere o disdire la polizza puoi accedere all'area riservata <https://www.timmybroker.it/user-access#login> disponibile sul sito internet di TIM myBroker S.r.l., inviare un messaggio di Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo timmybroker@timpec.it, oppure inviare una lettera raccomandata A/R all'indirizzo TIM myBroker S.r.l., Corso d'Italia, 41 - 00198 Roma.



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Assicurazione Credit Life

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



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

Prodotto:
TIM Bollette Protette - CL/23/050

Questo documento è stato realizzato in data 06/11/2023 ed è l'ultimo disponibile

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Si tratta di una polizza **facoltativa** che ha lo scopo di proteggere l'assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona. TIM S.p.A., in qualità di contraente della convenzione collettiva n. CL/23/050, offre la polizza ai propri clienti.

La polizza **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato da TIM S.p.A. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con TIM S.p.A.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%** da infortunio o malattia

Somma assicurata: l'importo delle fatture relative alle utenze scadute nei 12 mesi antecedenti alla data del riconoscimento dell'invalidità permanente totale, fino a un massimo di € 3.600,00.

- ✓ **Inabilità Temporanea Totale** da infortunio o malattia

Somma assicurata: l'importo delle fatture relative alle utenze con scadenza compresa tra il 31° giorno di inabilità e la fine del periodo di inabilità. La somma assicurata è corrisposta fino a un massimo di € 300,00 al mese per 12 mesi consecutivi per sinistro o 36 mesi complessivi per contratto.

- ✓ **Ricovero Ospedaliero** da infortunio o malattia

Somma assicurata: l'importo delle fatture relative alle utenze con scadenza compresa tra il 4° giorno di ricovero e la fine del ricovero. La somma assicurata è corrisposta fino a un massimo di € 300,00 al mese per 12 mesi consecutivi per sinistro o 36 mesi complessivi per contratto.



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" contenuta nel DIP aggiuntivo Multirischi;
- ✗ sono portatrici di invalidità/inabilità riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- ✗ sono titolari di una pensione di invalidità/inabilità o hanno presentato domanda per ottenerla;
- ✗ a seguito o per effetto della normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



Ci sono limiti di copertura?

Per le garanzie **Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%**, **Inabilità Temporanea Totale** e **Ricovero Ospedaliero** sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- ! alcolismo acuto o cronico;
- ! un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;
- ! tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato;
- ! guerra o insurrezione;
- ! qualsiasi incidente aereo o di volo, ad eccezione del caso in cui l'assicurato si trovi, come semplice passeggero, a bordo di un volo autorizzato al trasporto di passeggeri;
- ! atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'assicurato vi abbia preso parte attiva;
- ! tutti i rischi nucleari;
- ! infortunio antecedente alla data di acquisto della polizza;
- ! malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ! ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- ! gravidanza, puerperio e patologie correlate.

Per la garanzia **Inabilità Temporanea Totale** è inoltre previsto:

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

Per la garanzia **Ricovero Ospedaliero** è previsto:

- ! un periodo di franchigia assoluta di 3 giorni consecutivi a partire dal primo giorno di ricovero.

Sono inoltre esclusi:

- ! 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.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le garanzie sono valide senza limiti territoriali ad eccezione del **Ricovero Ospedaliero** che deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- In caso di sinistro, hai il dovere di denunciarlo tempestivamente per iscritto alla Compagnia, presentando i documenti elencati nel DIP aggiuntivo Multirischi.
- Hai il dovere di comunicare alla Compagnia ed aggiornare ogni dato, informazione e/o documento (compreso ogni elemento relativo al reddito, al patrimonio e all'origine dei fondi) utile o richiesto dalla Compagnia per effettuare la valutazione di assenza di rischi di riciclaggio e/o di finanziamento di terrorismo prevista dalle disposizioni vigenti.



Quando e come devo pagare?

Il premio è mensile e comprensivo di imposta. Il premio viene addebitato mensilmente dall'Intermediario sul conto corrente bancario, BancoPosta o carta di credito dell'assicurato. Il premio viene versato dall'intermediario all'Impresa su base mensile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 della data di adesione alla polizza e rimane in vigore per un mese. Successivamente essa si **rinnova tacitamente** di mese in mese a condizione che, alla data del rinnovo, l'assicurato:

- non abbia ancora compiuto 75 anni;
- sia in possesso dei requisiti di assicurabilità;
- non sia stato riconosciuto invalido/inabile dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico o non abbia iniziato a percepire una pensione di invalidità/inabilità;
- abbia un'utenza telefonica attiva.



Come posso disdire la polizza?

In caso di ripensamento, hai diritto di recedere dall'intero contratto (comprensivo sia della garanzia vita che delle garanzie danni) **entro 60 giorni** dalla data di acquisto della polizza. In tal caso l'Impresa ti restituirà entro 30 giorni il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.

Puoi comunque disdire la polizza ad ogni ricorrenza mensile di pagamento del premio con un **preavviso di 15 giorni**. In questo caso la polizza cessa e nulla sarà più dovuto.

Per recedere o disdire la polizza puoi accedere all'area riservata <https://www.timmybroker.it/user-access#login> disponibile sul sito internet di TIM myBroker S.r.l., inviare un messaggio di Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo timmybroker@timpec.it, oppure inviare una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo: TIM myBroker S.r.l., Corso d'Italia, 41 - 00198 Roma.

Assicurazione Credit Life

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi multirischi (DIP aggiuntivo Multirischi)

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



Prodotto: TIM Bollette Protette - CL/23/050

Questo documento è stato realizzato in data 06/11/2023 ed è l'ultimo disponibile

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

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

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

MetLife Europe d.a.c. è una società di capitali del gruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife) costituita in Irlanda ed iscritta al Registro delle Imprese Irlandese (numero di iscrizione 415123) avente Sede Legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 Irlanda. MetLife Europe d.a.c. è autorizzata dalla Central Bank of Ireland (numero di riferimento C42062) ad esercitare l'attività assicurativa nei rami vita I, III, IV e V e nei rami danni 1 e 2, così come definiti dal D.lgs. n. 209/2005 (Codice delle Assicurazioni Private). Il contratto è stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. iscritta al Registro delle Imprese di Roma (numero di iscrizione 12083481007) ed avente Sede in Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma, tel. 06.492161, fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare l'Impresa. MetLife Europe d.a.c. è iscritta nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento (numero di iscrizione I.00110) ed è soggetta alla vigilanza dalla Central Bank of Ireland.

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2022 è pari a € 43.635.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari a € 2.048.000,00 rispetto al capitale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 2.048.000 emesse, e altre riserve patrimoniali pari a € 41.587.000,00. Il valore dell'indice di solvibilità di MetLife Europe Insurance d.a.c. è pari al 283%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a € 14.443.000,00 e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a € 40.877.000. Il requisito patrimoniale minimo è pari a € 3.611.000,00. Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <http://www.metlife.eu/financial-reports/>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Decesso per qualsiasi causa (Ramo vita)	In caso di decesso dell'assicurato per qualsiasi causa, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari all'importo delle fatture relative alle utenze scadute nei 12 mesi antecedenti alla data del decesso, eccetto eventuali ulteriori importi dovuti a morosità, entro il massimale previsto in polizza.
Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% da infortunio o malattia (Ramo danni)	In caso di invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa rimborsa al beneficiario una somma pari all'importo delle fatture relative alle utenze scadute nei 12 mesi antecedenti al riconoscimento dell'invalidità permanente totale, eccetto eventuali ulteriori importi dovuti a morosità, entro il massimale previsto in polizza.
Inabilità Temporanea Totale da infortunio o malattia (Ramo danni)	In caso di inabilità temporanea totale dell'assicurato a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari all'importo delle fatture relative alle utenze con scadenza compresa tra il 31° giorno di inabilità temporanea totale e la fine del periodo di inabilità temporanea totale, eccetto eventuali ulteriori importi dovuti a morosità, entro il massimale previsto in polizza. La prestazione viene corrisposta a condizione che l'inabilità temporanea totale: <ul style="list-style-type: none">sia iniziata nel periodo di validità del contratto;sia certificata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea;abbia una durata superiore al periodo di franchigia assoluta.
Ricovero Ospedaliero da infortunio o malattia (Ramo danni)	In caso di ricovero ospedaliero dell'assicurato a seguito di infortunio o malattia, l'Impresa corrisponde al beneficiario una somma pari all'importo delle fatture relative alle utenze con scadenza compresa tra il 4° giorno di ricovero e il giorno di dimissione dall'istituto di cura, eccetto eventuali ulteriori importi dovuti a morosità, entro il massimale previsto in polizza. La prestazione viene corrisposta a condizione che il ricovero: <ul style="list-style-type: none">sia iniziato nel periodo di validità del contratto;sia disposto da personale medico e documentato da cartella clinica;sia avvenuto in un istituto di cura dell'Unione Europea;abbia una durata superiore al periodo di franchigia assoluta.



Che cosa NON è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro: i sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto all'Impresa. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dall'Impresa seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al numero 06.492161.</p> <p>In caso di sinistro è necessario presentare all'Impresa la seguente documentazione distinta per garanzia:</p> <p>Decesso</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificato di morte in originale o copia conforme all'originale ▪ Certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza in originale o copia conforme all'originale ▪ In caso di decesso a seguito di malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale ▪ In caso di decesso a seguito di infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale ▪ Copia delle fatture relative alle utenze di cui si richiede il rimborso e del pagamento effettuato <p>Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbale redatto dalle autorità intervenute ▪ Certificato autoptico ▪ Accertamento dell'inabilità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico <p>Inabilità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accertamento dell'inabilità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico in copia conforme all'originale ▪ In caso di inabilità a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale ▪ In caso di inabilità a seguito di Infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale ▪ Copia delle fatture relative alle utenze di cui si richiede il rimborso e del pagamento effettuato <p>Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Verbale redatto dalle autorità intervenute <p>Inabilità temporanea totale</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale ▪ In caso di inabilità a seguito di infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale ▪ Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa in originale ▪ Per i lavoratori autonomi, certificato della camera di commercio relativo all'attività lavorativa ▪ Copia delle fatture relative alle utenze di cui si richiede il rimborso e del pagamento effettuato <p>Dovranno inoltre essere inviati all'Impresa anche i seguenti documenti se esistenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartella clinica relativa al ricovero ▪ Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento ▪ Verbale redatto dalle autorità intervenute ▪ Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale <p>Ricovero Ospedaliero</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartella clinica relativa al ricovero in copia conforme all'originale dalla quale risulti il periodo di degenza ▪ Copia delle fatture relative alle utenze di cui si richiede il rimborso e del pagamento effettuato <p>Prescrizione: ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal contratto si prescrivono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ con riferimento alla garanzia classificata nel ramo vita - Decesso - in 10 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda; ▪ con riferimento alle garanzie classificate nel ramo danni - Inabilità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero - in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. <p>Resta inteso che qualora l'Impresa, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.</p> <p>Liquidazione della prestazione: se il sinistro è indennizzabile, l'Impresa si impegna al pagamento della prestazione assicurata entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non prevista.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti sul rischio da assicurare (come ad esempio non dichiarare di percepire una pensione di invalidità/inabilità) o che non consentono di concludere o aggiornare l'adeguata verifica della clientela prevista dalla normativa anticiclaggio possono comportare la cessazione della polizza o la perdita del diritto a ricevere l'indennizzo.</p>



Quando e come devo pagare?

<p>Premio</p>	<p>L'Impresa si riserva la facoltà di modificare il premio con 60 giorni di preavviso.</p> <p>Resta inteso che potrai recedere dalla polizza senza spese, con un preavviso di 15 giorni, inviando una e-mail all'indirizzo servizio.clienti@metlife.it, oppure inviando una lettera raccomandata A/R all'indirizzo: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. Se non eserciti il diritto di recesso, la polizza proseguirà alle nuove condizioni comunicate dall'Impresa.</p>
<p>Rimborso</p>	<p>Hai diritto al rimborso del premio se perdi i requisiti di assicurabilità, se vieni riconosciuto invalido/inabile dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico, se inizi a percepire una pensione di invalidità/inabilità o se recedi dalla polizza. L'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale il contratto ha avuto effetto.</p>
<p>Sconti</p>	<p>Non previsti.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La polizza cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ in caso di decesso; ▪ al pagamento della prestazione assicurata relativa alla garanzia invalidità permanente totale di grado pari o superiore al 60%; ▪ se perdi i requisiti di assicurabilità; ▪ se vieni riconosciuto invalido/inabile dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico, oppure se inizi a percepire una pensione di invalidità e/o inabilità; ▪ in caso di recesso dalla polizza; ▪ in caso di disdetta della polizza; ▪ in caso di disattivazione dell'utenza telefonica.
Sospensione	<p>Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se non paghi il premio o la prima rata di premio alla scadenza convenuta, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dall'Impresa.</p> <p>Allo stesso modo se, alle scadenze convenute, non paghi le rate di premio successive, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dall'Impresa.</p> <p>Puoi riattivare la polizza versando le rate di premio mancanti. In questo caso, la polizza riacquista piena validità dalle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto è dovuto, senza efficacia retroattiva. Pertanto eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della polizza non saranno indennizzati dall'Impresa.</p>



Come posso revocare la proposta, recedere dal contratto o risolvere il contratto?

Revoca	Non prevista.
Recesso	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Vita e nel DIP Danni.
Risoluzione	Non prevista.



A chi è rivolto questo prodotto?

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

- hanno stipulato un contratto di telefonia mobile o fissa con la Contraente;
- sono residenti in Italia;
- sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- hanno un'età compresa tra 18 e 69 anni.

Non sono assicurabili:

- i portatori di invalidità/inabilità riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- i titolari di pensione di invalidità/inabilità o coloro che hanno presentato domanda per ottenerla;
- le persone fisiche che, a seguito o per effetto della Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.



Quali costi devo sostenere?

Costi gravanti sul premio

Costo complessivo per emissione, gestione e acquisizione del contratto:	75,00% del premio netto imposte (include il costo di intermediazione pari al 55,00% del premio netto imposte).
---	--



Sono previsti riscatti o riduzioni?

SI NO

Valori di riscatto e riduzione	Non previsto.
Richiesta di informazioni	Non previsto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

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

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

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Alla polizza si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR). Il premio per la garanzia del ramo vita (Decesso) non è soggetto ad imposta sulle assicurazioni. I premi per le garanzie del ramo danni (Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero) sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi. I premi delle assicurazioni aventi per oggetto il rischio di morte o di invalidità permanente superiore al 5% derivante da qualsiasi causa, saranno detraibili dall'imposta sul reddito delle persone fisiche dichiarato dall'assicurato nella misura e per gli importi previsti dalla normativa vigente.
---	--

L'IMPRESA HA L'OBBLIGO DI TRASMETTERTI, ENTRO SESSANTA GIORNI DALLA CHIUSURA DI OGNI ANNO SOLARE, L'ESTRATTO CONTO ANNUALE DELLA TUA POSIZIONE ASSICURATIVA.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Polizza Credit Life TIM Bollette Protette - Convenzione assicurativa n. CL/23/050
stipulata da TIM S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia**

Questo documento è stato realizzato in data 06/11/2023 ed è l'ultimo disponibile

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

INDICE

GLOSSARIO	2
SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI	3
Art. 1 – Caratteristiche del prodotto	3
Art. 2 – Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo	3
2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto	3
2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo	3
2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo	3
2.4 – Recesso.....	Errore. Il segnalibro non è definito.
2.5 – Disdetta.....	4
Art. 3 – Premio assicurativo	4
3.1 – Premio	4
3.2 – Modalità di pagamento del Premio	4
3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi	4
3.4 – Rivedibilità del Premio	4
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	4
4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio	4
4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio.....	5
Art. 5 – Aggravamento e diminuzione del rischio in corso di Contratto	5
Art. 6 – Legge applicabile	5
Art. 7 – Prescrizione	5
Art. 8 – Risoluzione delle controversie	5
8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione.....	5
8.2 – Arbitrato	5
Art. 9 – Valuta	5
Art. 10 – Esonero dalla denuncia di altri contratti di assicurazione	6
Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione	5
SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO	6
Art. 12 – Programma Assicurativo	6
Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie	6
Art. 14 – Persone assicurabili	6
Art. 15 – Limitazioni valide per tutte le garanzie	6
SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO	7
Art. 16 – Decesso per qualsiasi causa	7
16.1 – Oggetto della garanzia.....	7
16.2 – Esclusioni.....	7
16.3 – Prestazione massima.....	7
Art. 17 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia	7
17.1 – Oggetto della garanzia.....	7
17.2 – Esclusioni.....	7
17.3 – Prestazione massima.....	7
Art. 18 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia	7
18.1 – Oggetto della garanzia.....	7
18.2 – Esclusioni.....	7
18.3 – Prestazione massima.....	7
18.4 – Franchigia	8
Art. 19 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia	8
19.1 – Oggetto della garanzia.....	8
19.2 – Esclusioni.....	8
19.3 – Prestazione massima.....	8
19.4 – Franchigia	10

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO	8
Art. 20 – Denuncia di Sinistro	8
Art. 21 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	9
Art. 22 – Criteri per la determinazione dell’Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro.....	9
SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	10
Art. 23 – Richiesta di Informazioni	10
Art. 24 – Reclami.....	10
24.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni	100
24.2 – Reclami all’Intermediario.....	10
24.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza.....	10
INFORMATIVA PRIVACY	11

GLOSSARIO

Alcolismo: abuso di bevande alcoliche, sia di tipo occasionale (alcolismo acuto o ebbrezza alcolica) sia di tipo abituale (alcolismo cronico).

Assicurato: la persona fisica che aderisce al Programma Assicurativo con Firma elettronica, di persona o tramite Sito internet, e sostiene il pagamento del Premio.

Beneficiario:

- per la garanzia Decesso, il beneficiario nominativo designato dall’Assicurato al momento dell’adesione al Programma Assicurativo. In caso di mancata designazione del beneficiario, l’Indennizzo sarà corrisposto agli eredi testamentari dell’Assicurato o, in assenza di testamento, ai suoi eredi legittimi. Resta inteso che l’Assicurato potrà modificare il beneficiario nominativo o designarlo successivamente, inviando alla Compagnia una comunicazione scritta in forma libera;
- per le garanzie Invalità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero l’Assicurato.

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

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

Contraente: TIM S.p.A. con sede legale in Via Gaetano Negri, 1 - 20123 Milano e direzione generale in Corso d’Italia, 41 - 00198 Roma.

Conclusione del Contratto: il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento della sottoscrizione con Firma elettronica del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell’Assicurato, di persona o tramite Sito internet.

Contratto (o Polizza): il contratto di assicurazione stipulato con Firma elettronica dall’Assicurato con la Compagnia, di persona o tramite Sito internet.

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

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

Esclusioni: i rischi non coperti dal Programma Assicurativo.

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

Firma elettronica: particolare tipo di firma elettronica avanzata creata da un dispositivo per la creazione di una firma elettronica qualificata e basata su un certificato qualificato per firme elettroniche (Reg. eIDAS, articolo 3, comma 1, numero 12);

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: TIM myBroker S.r.l. con sede legale in Corso d’Italia, 41 - 00198 Roma, iscritta alla Sezione B del Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, n. B000663181, in data 31/08/2020.

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

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

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

Misure restrittive dell’operatività nazionale o internazionale: le disposizioni della normativa nazionale, europea, internazionale e/o statunitense (ad es. OFAC) che impediscono l’operatività e/o l’instaurazione di rapporti verso determinati soggetti, entità o Paesi.

Modulo di adesione al Programma Assicurativo: il documento sottoscritto con Firma elettronica dall’Assicurato, di persona o tramite Sito internet, che prova l’adesione al Programma Assicurativo.

Normativa anticiclaggio: la normativa di cui al d.lgs. n. 231/2007 e seguenti modifiche e integrazioni.

Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo: la normativa di cui al d.lgs. n. 109/2007 e seguenti modifiche e integrazioni.

Persona politicamente esposta: la persona fisica che occupa o ha cessato di occupare da meno di un anno importanti cariche pubbliche, nonché i suoi familiari e coloro che con il predetto soggetto intrattengono notoriamente stretti legami, come meglio indicato all’art. 1, comma 2, lett. dd) della Normativa anticiclaggio.

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

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.

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

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

Sito internet: Tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la Conclusione del Contratto mediante l'uso di una pagina web dell'Intermediario.

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

Utenze: energia elettrica; acqua; gas; telefonia mobile e fissa; servizi di streaming (Now TV, TIMvision, Netflix, Amazon Prime Video, Mediaset, Chili TV, Rai Play, ecc.). **Sono escluse dal Programma Assicurativo tutte le utenze non espressamente richiamate nell'elenco che precede.**

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche del prodotto

Si tratta di una Polizza **facoltativa** che ha lo scopo di proteggere l'Assicurato da eventi dannosi che possono colpire la sua persona. TIM S.p.A., in qualità di Contraente della Convenzione collettiva n. CL/23/050, offre la polizza ai propri clienti. La Polizza **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato dalla Contraente. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con la Contraente. La Compagnia assume il rischio sulla base delle comunicazioni della Contraente e delle dichiarazioni dell'Assicurato.

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

2.1 – Modalità di perfezionamento del Contratto

Il Contratto si conclude e si intende perfezionato al momento della sottoscrizione, con Firma elettronica, del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato, di persona o tramite Sito internet. L'Intermediario mette a disposizione dell'Assicurato, nell'area riservata <https://www.timmybroker.it/user-access#login> disponibile sul sito internet di TIM myBroker S.r.l., la documentazione contrattuale e precontrattuale in formato elettronico. Resta inteso che l'Assicurato ha facoltà di richiedere gratuitamente alla Compagnia una copia in formato cartaceo della predetta documentazione inviando una e-mail all'indirizzo servizio.clienti@metlife.it, oppure una comunicazione all'indirizzo: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. L'Assicurato potrà altresì richiedere un duplicato informatico o cartaceo dei documenti sottoscritti, per tutto il periodo in cui la Compagnia è tenuta per legge a conservarli.

Resta inteso che la Compagnia valuterà l'assunzione del rischio nel rispetto degli obblighi previsti dalla Normativa antiriciclaggio.

2.2 – Decorrenza e durata del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo decorre dalle ore 24,00 del giorno di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato e rimane in vigore per un mese, **a condizione che il Premio sia pagato.** Salvo disdetta, da esercitarsi secondo i termini e le modalità indicate all'art. 2.5, la Polizza si **rinnova tacitamente** di mese in mese a condizione che, alla data del rinnovo, l'Assicurato:

- non abbia ancora compiuto 75 anni;
- sia in possesso dei requisiti di assicurabilità indicati all'art. 14 lett. b) e c);
- non sia stato riconosciuto invalido/inabile dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico o non abbia iniziato a percepire una pensione di invalidità/inabilità ai sensi dell'art. 14;
- abbia un'utenza telefonica attiva.

2.3 – Cessazione del Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo cessa:

- a) in caso di decesso dell'Assicurato;
- b) al pagamento della prestazione assicurata relativamente alla garanzia Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%;
- c) se l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità di cui all'art. 14 lett. b) e c);
- d) se l'Assicurato viene riconosciuto invalido/inabile dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico, oppure se inizia a percepire una pensione di invalidità/inabilità ai sensi dell'art. 14;
- e) in caso di recesso dal Contratto;
- f) in caso di disdetta del Contratto.
- g) in caso di disattivazione dell'utenza telefonica.

Nei casi a), b), f) la Polizza cessa, rispettivamente, alla data del decesso, alla data di pagamento della prestazione assicurata o alla scadenza del Programma Assicurativo successiva alla disdetta e non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nei casi c), d) la Polizza cessa, rispettivamente, alla data in cui l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità, viene riconosciuto invalido/inabile o inizia a percepire la pensione di invalidità/inabilità. In questi casi la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio

eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

Nel caso e) la Polizza cessa alla data del recesso e la Compagnia restituirà all'Assicurato il Premio eventualmente già pagato nei termini specificati all'art. 2.4.

Nel caso g) la Polizza cessa alla data di scadenza del Programma Assicurativo successiva alla disattivazione e non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

L'inosservanza e/o l'inadempimento della Normativa antiriciclaggio, della Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e delle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale e/o la riconducibilità dell'Assicurato alle liste di soggetti "designati" previste dalla predetta normativa possono comportare la sospensione della Polizza nonché la stessa cessazione del Programma Assicurativo.



La Polizza **non è connessa ad alcun prodotto finanziario** collocato dalla Contraente. Di conseguenza rimarrà invariata ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con la Contraente.

2.4 – Recesso

L'Assicurato ha diritto di recedere dal Contratto, **entro 60 giorni** dalla data di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo, accedendo all'area riservata <https://www.timmybroker.it/user-access#login> disponibile sul sito internet di TIM myBroker S.r.l., inviando un messaggio di Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo timmybroker@timpec.it, oppure inviando una lettera raccomandata A/R all'indirizzo TIM myBroker S.r.l., Corso d'Italia, 41 - 00198 Roma. In tal caso la Compagnia, **entro 30 giorni** dalla ricezione della comunicazione di recesso, restituirà all'Assicurato il Premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di Premio relativa al periodo per il quale il Contratto ha avuto effetto.

2.5 – Disdetta

L'Assicurato ha diritto di disdire il Contratto ad ogni ricorrenza mensile di pagamento del Premio, con un **preavviso di 15 giorni**, accedendo all'area riservata <https://www.timmybroker.it/user-access#login> disponibile sul sito internet di TIM myBroker S.r.l., inviando un messaggio di Posta Elettronica Certificata (PEC) all'indirizzo timmybroker@timpec.it, oppure inviando una lettera raccomandata A/R all'indirizzo TIM myBroker S.r.l., Corso d'Italia, 41 - 00198 Roma. In tal caso, le garanzie cessano alla scadenza del periodo assicurativo mensile per il quale è stato versato il Premio ed il Contratto non sarà più rinnovato.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è mensile ed è pari a € 1,50. Il Premio viene utilizzato dalla Compagnia per far fronte ai rischi assunti in Contratto. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, rimarrà totalmente acquisito dalla Compagnia quale corrispettivo del rischio corso.

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio viene addebitato mensilmente dall'Intermediario sul conto corrente bancario, BancoPosta o carta di credito dell'Assicurato. Il Premio viene versato dall'Intermediario alla Compagnia su base mensile.

3.3 – Sospensione del Contratto per mancato pagamento dei premi

Ai sensi dell'art. 1901 c.c. se l'Assicurato non paga il Premio o la prima rata di Premio da lui dovuta alla scadenza convenuta, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia.

Allo stesso modo se, alle scadenze convenute, l'Assicurato non paga le rate di Premio successive, il Programma Assicurativo resta sospeso dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza ed eventuali sinistri accaduti dopo tale data non saranno indennizzati dalla Compagnia.

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

3.4 – Rivedibilità del Premio

Nell'ipotesi in cui i dati medi (es. età, rapporto maschi/femmine, sinistrosità, ecc.) non dovessero risultare in linea con le ipotesi di tariffazione, la Compagnia si riserva la facoltà di modificare il Premio, dandone comunicazione all'Assicurato con un **preavviso di 60 giorni**.

Resta inteso che l'Assicurato potrà recedere dal Contratto senza spese con un **preavviso di 15 giorni** inviando una e-mail all'indirizzo servizio.clienti@metlife.it, oppure inviando una **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. Se l'Assicurato non esercita il diritto di recesso, il Contratto proseguirà alle nuove condizioni comunicate dalla Compagnia.

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

4.1 – Dichiarazioni richieste per la valutazione del rischio

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 siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui la Compagnia ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, la Compagnia non sarà tenuta a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 c.c.;
- non sono causa di annullamento del Contratto quando l'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.

4.2 – Dichiarazioni richieste dalla Normativa antiriciclaggio

Eventuali dichiarazioni false, inesatte, reticenti, incomplete, non aggiornate come per legge o a seguito di richiesta da parte della Compagnia che non consentono di concludere o aggiornare l'adeguata verifica della clientela prevista dalla Normativa antiriciclaggio, possono comportare la cessazione della Polizza a seguito di risoluzione di diritto del Contratto (art. 42 D.lgs. n. 231/2007) o la perdita del diritto a ricevere l'Indennizzo.

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

Non sono considerate causa di aggravamento o diminuzione del rischio le variazioni dello stato di salute o della professione dell'Assicurato, salvo il caso in cui l'Assicurato venga riconosciuto invalido/inabile dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico oppure inizi a percepire una pensione di invalidità/inabilità ai sensi dell'art. 14.

Art. 6 – Legge applicabile

Al Contratto si applica la legge italiana.

Art. 7 – Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dal Contratto si prescrivono:

- con riferimento alla garanzia classificata nel **Ramo Vita – Decesso** – in **10 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda;
- con riferimento alle garanzie classificate nel **Ramo Danni – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60%, Inabilità Temporanea Totale e Ricovero Ospedaliero** – in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Di conseguenza eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno indennizzati dalla Compagnia.

Art. 8 – Risoluzione delle controversie

8.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione

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

8.2 – Arbitrato

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'Autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, la Compagnia e l'Assicurato (di seguito le "parti") potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di 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.

Art. 9 – Valuta

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

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

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

L'Assicurato non può acquistare più di una Polizza TIM Bollette Protette relativa alla Convenzione assicurativa n. CL/23/050. Diversamente, la Compagnia considererà valido esclusivamente il Contratto concluso con la data più remota e restituirà all'Assicurato i premi incassati, al netto delle imposte in relazione ai contratti sottoscritti successivamente.

Art. 11 – Rinuncia al diritto di surrogazione

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

SEZIONE II – OGGETTO DEL CONTRATTO

Art. 12 – Programma Assicurativo

Il Programma Assicurativo prevede le seguenti garanzie:

- ✓ **Decesso** per qualsiasi causa
- ✓ **Invalità Permanente Totale** di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia;
- ✓ **Inabilità Temporanea Totale** a seguito di Infortunio o Malattia;
- ✓ **Ricovero Ospedaliero** a seguito di Infortunio o Malattia.

Art. 13 – Validità territoriale delle garanzie

Le garanzie sono valide senza limiti territoriali, ad eccezione del **Ricovero Ospedaliero** che deve avvenire in una struttura ospedaliera dell'Unione Europea.

Art. 14 – Persone assicurabili

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

- a) abbiano stipulato un contratto di telefonia mobile o fissa con la Contraente;
- b) siano residenti in Italia;
- c) siano munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- d) abbiano un'età compresa tra 18 e 69 anni.

Non sono assicurabili:

- i portatori di invalidità/inabilità riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- i titolari di pensione di invalidità/inabilità o coloro che abbiano presentato domanda per ottenerla;
- le persone fisiche che, a seguito o per effetto della Normativa a contrasto del finanziamento del terrorismo e/o delle Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale, siano riconducibili alle liste dei soggetti "designati" o siano sottoposte a divieti e/o misure restrittive.

i Si rinvia a quanto stabilito all'art. 2.3, qualora l'Assicurato dovesse perdere i requisiti di assicurabilità o diventare soggetto non assicurabile in corso di Contratto.

Art. 15 – Limitazioni valide per tutte le garanzie

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

Per tutte le garanzie, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- uso di stupefacenti o medicine in dosi non prescritte dal medico;
- **Alcolismo;**
- **un'affezione direttamente o indirettamente collegabile al virus HIV o all'AIDS;**
- **tutti gli atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;**
- **guerra o insurrezione;**
- **qualsiasi incidente aereo o di volo, ad eccezione del caso in cui l'Assicurato si trovi, come semplice passeggero, a bordo di un volo autorizzato al trasporto di passeggeri;**
- **atti di terrorismo, sabotaggi o attentati qualora l'Assicurato vi abbia preso parte attiva;**
- **tutti i rischi nucleari;**
- **Infortunio antecedente alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato.**

SEZIONE III – GARANZIE DEL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Art. 16 – Decesso per qualsiasi causa

16.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Decesso per qualsiasi causa dell'Assicurato, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari all'importo delle fatture relative alle Utenze scadute nei 12 mesi antecedenti al Decesso, **eccetto eventuali ulteriori importi dovuti a morosità**. La garanzia è operante fino a concorrenza della prestazione massima indicata all'art. 16.3.

16.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Limitazioni indicate all'art. 15, è escluso il suicidio dell'Assicurato accaduto nei 2 anni successivi alla data di sottoscrizione del Modulo di adesione al Programma Assicurativo da parte dell'Assicurato.

16.3 – Prestazione massima

La prestazione massima è di € 3.600,00.

Art. 17 – Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia

17.1 – Oggetto della garanzia



L'Invalidità Permanente Totale corrisponde ad un'invalidità di grado pari o superiore al 60% e deve essere riconosciuta con certificazione medica rilasciata dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico. Per il calcolo del grado di invalidità permanente si conviene di adottare come riferimento la tabella delle percentuali allegata al D.P.R. 30/06/1965 n. 1124 e successive modifiche.

In caso di Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% riconosciuta all'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari all'importo delle fatture relative alle Utenze scadute nei 12 mesi antecedenti al riconoscimento dell'Invalidità Permanente Totale, **eccetto eventuali ulteriori importi dovuti a morosità**. La garanzia è operante fino a concorrenza della prestazione massima indicata all'art. 17.3.

17.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Limitazioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

17.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile è di € 3.600,00.

Art. 18 – Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

18.1 – Oggetto della garanzia



Per Inabilità Temporanea Totale si intende la perdita totale e temporanea della capacità dell'Assicurato di:

- attendere alla propria professione, se lavoratore;
- attendere ad almeno 2 delle 4 basilari attività inerenti alla vita umana (nutrirsi, vestirsi, lavarsi, muoversi) se non lavoratore.

In caso di Inabilità Temporanea Totale dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari all'importo delle fatture relative alle Utenze con scadenza compresa tra il 31° giorno di Inabilità Temporanea Totale e la fine del periodo di Inabilità Temporanea Totale, **eccetto eventuali ulteriori importi dovuti a morosità**. La garanzia è operante fino a concorrenza della prestazione massima indicata all'art. 18.3.

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale:

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

18.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Limitazioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

18.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile è di € 300,00 al mese per 12 mensilità consecutive per Sinistro e 36 mensilità complessive per Contratto.

18.4 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Inabilità Temporanea Totale abbia una durata superiore al periodo di Franchigia pari a **30 giorni** consecutivi calcolati a partire dal primo giorno di Inabilità Temporanea Totale.



Esempio

Gli esempi sono formulati considerando le fatture mensili relative alle seguenti Utenze:

- fornitura energia elettrica pari a € 90,00, con scadenza il 27 del mese;
- spese per servizi di streaming pari a € 60,00, con scadenza il 20 del mese.

Esempio n. 1: qualora sia certificato all'Assicurato un periodo di Inabilità Temporanea Totale dal 01/04/2023 al 25/04/2023, la Compagnia non corrisponderà alcun Indennizzo poiché il periodo di inabilità è inferiore al periodo di Franchigia.

Esempio n. 2: qualora sia certificato all'Assicurato un periodo di Inabilità Temporanea Totale dal 24/04/2023 al 05/06/2023, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 90,00.

Esempio n. 3: qualora sia certificato all'Assicurato un periodo di Inabilità Temporanea Totale dal 02/05/2023 al 30/06/2023, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 150,00.

Art. 19 – Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia

19.1 – Oggetto della garanzia

In caso di Ricovero Ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia, la Compagnia, fermi i casi di esclusione, corrisponde al Beneficiario una somma pari all'importo delle fatture relative alle Utenze con scadenza compresa tra il 4° giorno di Ricovero e il giorno di dimissione dall'Istituto di cura, **eccetto eventuali ulteriori importi dovuti a morosità**. La garanzia è operante fino a concorrenza della prestazione massima indicata all'art. 19.3.

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Ricovero:

- sia iniziato nel periodo di validità del Contratto;
- sia disposto da personale medico e documentato da cartella clinica;
- sia avvenuto in un Istituto di cura dell'Unione Europea;
- abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta.

19.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Limitazioni indicate all'art. 15, sono escluse dal Programma Assicurativo le conseguenze di:

- malattie mentali o disturbi psichici in genere;
- ogni affezione lombare o dorsale in assenza di una patologia comprovata;
- gravidanza, puerperio e patologie correlate.

Sono inoltre esclusi dal Programma Assicurativo 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.

19.3 – Prestazione massima

La prestazione massima pagabile è di **€ 300,00 al mese per 12 mensilità consecutive per Sinistro e 36 mensilità complessive per Contratto**.

19.4 – Franchigia

La prestazione viene corrisposta a condizione che il Ricovero Ospedaliero abbia una durata superiore al periodo di Franchigia assoluta pari a **3 giorni consecutivi** calcolati a partire dal primo giorno di Ricovero.



Esempio

Gli esempi sono formulati considerando le fatture mensili relative alle seguenti Utenze:

- fornitura energia elettrica pari a € 90,00, con scadenza il 27 del mese;
- spese per servizi di streaming pari a € 60,00, con scadenza il 20 del mese.

Esempio n. 1: in caso di Ricovero Ospedaliero dal 01/04/2023 al 02/04/2023, la Compagnia non corrisponderà alcun Indennizzo poiché il Ricovero è inferiore al periodo di Franchigia.

Esempio n. 2: in caso di Ricovero Ospedaliero dal 19/04/2023 al 28/04/2023, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 90,00.

Esempio n. 3: in caso di Ricovero Ospedaliero dal 01/05/2023 al 31/05/2023, la Compagnia corrisponderà un Indennizzo pari a € 150,00.

SEZIONE IV – LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO

Art. 20 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto alla Compagnia. La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione dalla Compagnia seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Inoltre, per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile inviare apposita segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o in alternativa telefonare al numero **06.492161**.

La denuncia dovrà essere completa delle informazioni e dei documenti elencati di seguito. L'invio tardivo di documentazione o informazioni potrebbe comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. Resta inteso che in caso di denuncia incompleta la Compagnia comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. La

Compagnia ha facoltà di richiedere ulteriore documentazione, a condizione che la richiesta sia circoscritta al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria ed indispensabile per la corretta istruttoria e per l'accertamento del diritto alla prestazione in relazione alla storia e alla natura del Sinistro. La Compagnia si riserva il diritto, a sue spese, di inviare l'Assicurato a visita medico-legale presso un proprio fiduciario e/o di far effettuare accertamenti per verificare la veridicità delle informazioni alla stessa comunicate.

Art. 21 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Decesso per qualsiasi causa

- Certificato di morte in originale o copia conforme all'originale
- Certificato necroscopico rilasciato dall'Asl di competenza in originale o copia conforme all'originale
- In caso di decesso a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale
- In caso di decesso a seguito di Infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale
- Copia delle fatture relative alle Utenze di cui si richiede il rimborso e del pagamento effettuato

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:

- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Certificato autoptico
- Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico

Invalidità Permanente Totale di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia

- Accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico in copia conforme all'originale
- In caso di invalidità a seguito di Malattia, cartella clinica relativa alla prima diagnosi della patologia in copia conforme all'originale
- In caso di invalidità a seguito di Infortunio, verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento in copia conforme all'originale
- Copia delle fatture relative alle Utenze di cui si richiede il rimborso e del pagamento effettuato

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:

- Verbale redatto dalle autorità intervenute

Inabilità Temporanea Totale a seguito di Infortunio o Malattia

- Certificazione medica attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale
- In caso di inabilità a seguito di Infortunio sul lavoro, certificato INAIL attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale in originale o copia conforme all'originale
- Per i lavoratori dipendenti, dichiarazione del datore di lavoro attestante l'inizio e la fine dell'inabilità lavorativa in originale
- Per i lavoratori autonomi, certificato della Camera di Commercio relativo all'attività lavorativa
- Copia delle fatture relative alle Utenze di cui si richiede il rimborso e del pagamento effettuato

Dovranno inoltre essere inviati alla Compagnia anche i seguenti documenti se esistenti:

- Cartella clinica relativa al ricovero
- Verbale del pronto soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento
- Verbale redatto dalle autorità intervenute
- Eventuale ulteriore documentazione medico-ospedaliera attestante l'inizio e la fine dell'inabilità temporanea totale

Ricovero Ospedaliero

- Cartella clinica relativa al ricovero in copia conforme all'originale dalla quale risulti il periodo di degenza
- Copia delle fatture relative alle Utenze di cui si richiede il rimborso e del pagamento effettuato

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

Art. 22 – Criteri per la determinazione dell'Indennizzo / Termini per il pagamento del Sinistro

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

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

L'Indennizzo può essere corrisposto solo a soggetti che non siano identificati come "designati" - ovvero inseriti nelle liste dei soggetti sottoposti a Misure restrittive dell'operatività nazionale o internazionale (ad es. embarghi) - o che abbiano legami con essi o con determinati Paesi. In particolare, la Compagnia non effettua pagamenti verso soggetti che siano o divengano residenti in Paesi sottoposti ad embargo o considerati a rischio ai sensi della Normativa antiriciclaggio o di contrasto dell'evasione fiscale internazionale.

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 23 – 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, 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.

L'Assicurato ha inoltre la possibilità di accedere all'area riservata **MyMetLife**, disponibile sul sito web della Compagnia www.metlife.it, nella quale visualizzare le informazioni e le comunicazioni periodiche relative alla propria Polizza.

Art. 24 – Reclami

24.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

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

METLIFE RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA - UFFICIO RECLAMI

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

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

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

Ove il reclamo dovesse pervenire all'Intermediario, lo stesso, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente alla Compagnia affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

24.2 – Reclami all'Intermediario

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

24.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

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

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

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

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

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

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

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

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

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

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

Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Come contattarci o chiedere aiuto

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

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

Come possiamo contattarla

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

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

Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

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

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

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

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

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

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

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

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

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

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

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

MODULO DI ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

Polizza Credit Life TIM Bollette Protette - Convenzione assicurativa n. CL/23/050
stipulata da TIM S.p.A. con MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia

Questo documento è stato realizzato in data 06/11/2023 ed è l'ultimo disponibile

Utenza telefonica: _____

DATI DELL'ASSICURATO

Nome e Cognome:	Codice Fiscale:	
Luogo di Nascita:	Data di Nascita:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Indirizzo di Residenza:		
Indirizzo di Domicilio (se diverso da Residenza):		
Recapito Telefonico:	Indirizzo E-mail:	

INFORMATIVA SUL PROGRAMMA ASSICURATIVO

GARANZIE

- ✓ **DECESSO** per qualsiasi causa
- ✓ **INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE** di grado pari o superiore al 60% a seguito di Infortunio o Malattia
- ✓ **INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE** a seguito di Infortunio o Malattia
- ✓ **RICOVERO OSPEDALIERO** a seguito di Infortunio o Malattia

COSTI

Il Premio è pari a € 1,50 al mese (imposte incluse). Il Premio viene addebitato mensilmente dall'Intermediario sul conto corrente bancario, BancoPosta o carta di credito dell'Assicurato. Il Premio viene versato dall'Intermediario alla Compagnia su base mensile.

AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione.
- L'Assicurato può accedere in ogni momento alle informazioni ed alle comunicazioni periodiche relative alla propria Polizza attraverso l'area riservata MyMetLife sul sito www.metlife.it, registrandosi con il proprio codice fiscale, indirizzo e-mail e copia di un documento di identità valido.
- La Compagnia, qualora si trovi nell'impossibilità di effettuare l'adeguata verifica della clientela, del titolare effettivo e dell'eventuale esecutore, si astiene dall'instaurare o proseguire il rapporto e le operazioni, valuta se effettuare una segnalazione di operazione sospetta alla UIF e, in caso di liquidazione della prestazione, se richiederne la sospensione. Nel caso in cui l'impossibilità riguardi rapporti continuativi in essere, la Compagnia si astiene dall'effettuare modifiche contrattuali, nonché dal dare seguito alla designazione di nuovi beneficiari.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Dichiaro di:

- aver fornito alla Contraente le informazioni necessarie alla valutazione delle mie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del Contratto con tali richieste ed esigenze prima dell'acquisto della Polizza, ai sensi degli artt. 58 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- aver preso visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo, ai sensi dell'art. 56 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- essere a conoscenza che l'Informativa precontrattuale e il Set informativo sono disponibili nell'area riservata <https://www.timmybroker.it/user-access#login> sul sito internet di TIM myBroker S.r.l. e che ho facoltà di richiedere gratuitamente alla Compagnia una copia in formato cartaceo della predetta documentazione.

* Data (gg/mm/aa):

Firma (leggibile):

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

* Data (gg/mm/aa):

Firma (leggibile):

ADESIONE AL PROGRAMMA ASSICURATIVO

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

- aderire al Programma Assicurativo con Firma elettronica di persona o tramite Sito internet;
- essere a conoscenza che il Programma Assicurativo è **facoltativo**;
- essere a conoscenza che il Programma Assicurativo **non è connesso ad alcun prodotto finanziario** collocato da TIM S.p.A. e che, di conseguenza, rimarrà invariato ed in vigore fino alla sua naturale scadenza e sarà indipendente da eventuali prodotti finanziari sottoscritti con TIM S.p.A.;
- essere a conoscenza che in caso di decesso i beneficiari della Polizza sono i soggetti che ho designato nel presente modulo oppure, in caso di mancata designazione, i miei eredi testamentari o, in assenza di testamento, i miei eredi legittimi;
- prendere atto che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email, attraverso il sito internet della Compagnia www.metlife.it o, se disponibile, nella mia area riservata, come da scelta effettuata da TIM S.p.A. nella sua qualità di Contraente della polizza collettiva a cui aderisco, nel rispetto dell'art.120-quater del Codice delle Assicurazioni Private e dell'art. 4 del Regolamento Ivass n. 41/2018.

* **Data (gg/mm/aa):** _____ **Firma (leggibile):** _____

Dichiaro di:

- NON essere portatore di invalidità/inabilità riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico;
- NON essere titolare di una pensione di invalidità/inabilità e di NON aver presentato domanda per ottenerla.

* **Data (gg/mm/aa):** _____ **Firma (leggibile):** _____

Dichiaro di aver letto e compreso le Condizioni di assicurazione e di approvare specificamente ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. le seguenti disposizioni: art. 2 Conclusione del Contratto / Inizio e termine del Programma Assicurativo; art. 3 Premio assicurativo; art. 7 Prescrizione; art. 8 Risoluzione delle controversie; art. 14 Persone assicurabili; art. 15 Limitazioni valide per tutte le garanzie; artt. 16.2, 17.2, 18.2 e 19.2 Esclusioni; artt. 16.3, 17.3, 18.3 e 19.3 Prestazione massima; artt. 18.4 e 19.4 Franchigia; art. 20 Denuncia di Sinistro; art. 21 Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro.

* **Data (gg/mm/aa):** _____ **Firma (leggibile):** _____

DESIGNAZIONE DI BENEFICIARIO – FACOLTATIVA

L'Assicurato designa i seguenti beneficiari in caso di decesso. In assenza di designazione, l'Indennizzo sarà corrisposto agli eredi testamentari dell'Assicurato o, in assenza di testamento, ai suoi eredi legittimi, così come indicato nelle Condizioni di assicurazione.

BENEFICIARIO N. 1

Nome e Cognome / Ragione Sociale		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

BENEFICIARIO N. 2

Nome e Cognome / Ragione Sociale		Cod. Fisc.:
Luogo di Nascita:		Data di Nascita:
Indirizzo di Residenza / N. Iscrizione Registro Imprese:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:
Altri dati utili per l'identificazione (es. relazione con l'Assicurato):		

Il sottoscritto:

- dichiara di voler escludere l'**invio di comunicazioni** al Beneficiario, qualora indicato in forma nominativa, prima dell'evento (*barrando questa casella la Compagnia contatterà il beneficiario indicato in forma nominativa solo in caso di decesso dell'Assicurato*)
- identifica, per esigenze di riservatezza, un **referente terzo** diverso dal Beneficiario che la Compagnia potrà contattare in caso di decesso dell'Assicurato

Nome:	Cognome:	C.F.:
Telefono:	E-mail:	

* **Data (gg/mm/aa):** _____ **Firma (leggibile):** _____

AVVERTENZE

- In caso di mancata o errata compilazione dei dati relativi al beneficiario, la Compagnia potrà incontrare, al decesso dell'Assicurato, maggiori difficoltà nell'identificazione e nella ricerca del beneficiario.
- Qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005.
- La modifica o revoca del beneficiario e la designazione di altri beneficiari devono essere comunicate tempestivamente dall'Assicurato direttamente alla Compagnia.

MODULO DI DESIGNAZIONE BENEFICIARI

Convenzione assicurativa n.: _____ Pratica n.: _____

Dati dell'Aderente/Assicurato

Nome:	Cognome:	Cod.Fisc.:
Indirizzo di Residenza:		
Telefono:	E-mail:	

Il sottoscritto, come sopra identificato, designa i seguenti beneficiari in caso di decesso:
(per ciascun beneficiario indicare la quota percentuale; il totale delle quote di tutti i beneficiari deve essere uguale a 100)

Beneficiario n. 1

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		
Codice Fiscale / Partita Iva:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:

Beneficiario n. 2

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		
Codice Fiscale / Partita Iva:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:

Beneficiario n. 3

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		
Codice Fiscale / Partita Iva:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:

Beneficiario n. 4

Nome e Cognome / Ragione Sociale:		
Codice Fiscale / Partita Iva:		
Quota %:	Telefono:	E-mail:

Il sottoscritto dichiara di voler escludere l'invio di comunicazioni ai beneficiari prima dell'evento.
(barrando questa casella la Compagnia contatterà i beneficiari solo in caso di decesso dell'Aderente/Assicurato)

AVVERTENZE

- Qualora la Compagnia, per cause ad essa non imputabili, si trovasse nell'impossibilità di identificare il beneficiario, le somme dovute andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005.
- La modifica o revoca del beneficiario deve essere comunicata tempestivamente dall'Aderente/Assicurato alla Compagnia.
- Nel caso in cui l'Aderente/Assicurato intenda designare più di 4 beneficiari potrà utilizzare 2 o più Moduli di designazione beneficiari.

Per specifiche esigenze di riservatezza, il sottoscritto identifica un **referente terzo** a cui la Compagnia potrà far riferimento in caso di decesso dell'assicurato:

Nome e Cognome:	Codice Fiscale:
Telefono:	E-mail:

* **Data (gg/mm/aa)****Firma (leggibile)**