

You Well

La polizza in breve

Questa polizza è una soluzione per affrontare imprevisti difficili come la diagnosi di malattie gravi quali cancro, infarto del miocardio, ictus, Parkinson, malattia dei motoneuroni e sclerosi laterale amiotrofica. Offre la tranquillità di ricevere una somma di denaro fissa e definita al momento dell'attivazione della polizza, da utilizzare per far fronte alle spese che il problema di salute può rendere necessarie – ad esempio viaggi, esami, terapie, modifiche all'abitazione – senza necessità di documentarle. Con questa polizza, puoi contare su una copertura adeguata, senza dover preoccuparti delle conseguenze economiche.



Questo documento contiene il set informativo

Set informativo

MetLife Europe d.a.c.

Rappresentanza Generale per l'Italia

You Well

Contratto di Assicurazione Malattia stipulato con la Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (di seguito per brevità "MetLife")

I documenti che compongono il Set informativo sono i seguenti:

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

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

Mod. YWF2F Ed. 2023/12

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

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

Assicurazione Malattia

Documento informativo relativo al prodotto assicurativo
(DIP Danni)



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

Prodotto:
You Well

Questo documento è stato realizzato in data 15/12/2023 ed è l'ultimo disponibile

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

Che tipo di assicurazione è?

You Well è una polizza malattia **facoltativa** che prevede il pagamento di un capitale qualora, durante il periodo di validità della polizza, sia diagnosticata per la prima volta all'assicurato una malattia grave tra quelle garantite.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede il pagamento del capitale assicurato indicato nella proposta o nel certificato di assicurazione qualora, durante il periodo di validità della polizza, sia diagnosticata per la prima volta all'assicurato una delle seguenti malattie gravi:

- ✓ Cancro;
- ✓ Infarto del miocardio;
- ✓ Ictus;
- ✓ Parkinson;
- ✓ Malattia dei motoneuroni e Sclerosi laterale amiotrofica



Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurabili le persone che:

- ✗ non soddisfano i requisiti di assicurabilità indicati nella sezione "A chi è rivolto questo prodotto?" del DIP aggiuntivo Danni;
- ✗ sono portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

Non sono inoltre assicurabili le persone che svolgono le seguenti professioni lavorative:

- ✗ addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere;
- ✗ palombari/sommozzatori;
- ✗ speleologi.



Ci sono limiti di copertura?

! È previsto un periodo di carenza di **5 mesi** consecutivi a partire dalla data di decorrenza della polizza; la carenza non si applica se l'assicurato si sottopone a visita medica.

Per tutte le malattie gravi, sono escluse dalla polizza le conseguenze di:

- ! atti dolosi compiuti o tentati dal contraente o dall'assicurato;
- ! malattie correlate all'alcolismo, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- ! negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;
- ! sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- ! danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- ! guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno) partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato;
- ! pratica di attività subacquee in generale e/o alpinismo oltre 1500 mt, se non dichiarate alla data di sottoscrizione della polizza o se iniziate a praticare successivamente senza averle dichiarate (anche se praticate occasionalmente);
- ! malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni, nonché le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, già note all'assicurato e non dichiarate all'Impresa al momento della sottoscrizione della polizza.

Per il Cancro, sono inoltre escluse le conseguenze di:

- ! tumori che sono istologicamente descritti come benigni, pre-maligni, maligni borderline, non-invasivi, di basso potenziale di malignità, qualsiasi grado di displasia e le lesioni precancerose, a meno che non siano in fase metastatica;
- ! tumori della pelle che all'esame istologico presentino un livello di Clark inferiore al III o inferiore a 1.0 mm secondo Breslow, i dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti;
- ! qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC;

- ! tumori precoci e localizzati della vescica istologicamente descritti come stadio Ta dalla classificazione TNM o equivalente dell'edizione più recente dell'AJCC, in assenza di metastasi;
- ! leucemia linfocitica cronica (LLC) inferiore allo stadio RAI 3;
- ! tumori della prostata a meno che siano istologicamente classificati con un punteggio di Gleason superiore a 6 o abbiano progredito almeno allo stadio T2N0M0;
- ! tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 1 cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'edizione più recente dell'AJCC;
- ! tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), tumori gastrointestinali stromali, a meno che non siano in fase metastatica.

Per l'**Infarto del miocardio**, sono inoltre escluse le conseguenze di:

- ! angina e angina instabile;
- ! miocardite, pericardite e lesione traumatica miocardica;
- ! scompenso cardiaco;

- ! collasso cardiaco;
- ! insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;
- ! cardiomiopatia da stress (Takotsubo) e lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia.

Per l'**Ictus**, sono inoltre escluse le conseguenze di:

- ! attacco ischemico transitorio (TIA);
- ! danni cerebrali dovuti ad Infortunio o trauma, infezione virale o batterica, vasculite, malattia infiammatoria demielinizzante, emicrania;
- ! disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- ! eventi vascolari del midollo spinale;
- ! ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

Per la **Malattia dei motoneuroni e la Sclerosi laterale amiotrofica**, sono inoltre escluse le conseguenze di:

- ! Sclerosi Multipla (SM).



Dove vale la copertura?

- ✓ La polizza è valida senza limiti territoriali, ma la malattia grave deve essere diagnosticata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.



Che obblighi ho?

- Hai il dovere di pagare il premio.
- Hai il dovere di comunicare all'Impresa i cambiamenti relativi all'attività professionale, all'attività sportiva e alle abitudini di vita (fumatore/non fumatore) che si dovessero verificare durante il periodo di validità della polizza.
- In caso di sinistro, devi presentare denuncia scritta all'Impresa, allegando i documenti richiesti.



Quando e come devo pagare?

Il premio è annuo e crescente in base all'età dell'assicurato. L'importo del premio è comprensivo di imposte e può essere pagato con le seguenti modalità:

1. a MetLife tramite Addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente;
2. a MetLife tramite bonifico bancario;
3. all'Intermediario, se abilitato all'incasso del Premio, tramite i mezzi di pagamento indicati nell'informativa precontrattuale.

Il premio può essere frazionato senza oneri aggiuntivi:

- su base mensile (modalità numero 1) a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00;
- su base trimestrale (modalità numero 1 e 2);
- su base semestrale (tutte le modalità).



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24,00 della data riportata:

- nel certificato di assicurazione, in caso di risposta negativa a tutte le domande poste nel questionario medico;
- nella lettera di accettazione del rischio da parte dell'Impresa, in caso di risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande poste nel questionario medico o nei casi in cui è necessario sottoporsi a visita medica.

La polizza ha durata annuale e si rinnova tacitamente di anno in anno a condizione che, alla data del rinnovo, siano soddisfatti i requisiti di assicurabilità.



Come posso disdire la polizza?

Se la polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte dell'Impresa e non hai ancora ricevuto la lettera di accettazione del rischio, puoi revocare la proposta di assicurazione inviando una e-mail all'indirizzo rischi_individuali@metlife.it, oppure inviando una lettera raccomandata A/R all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.

In caso di ripensamento, puoi recedere dalla polizza entro **60 giorni** dalla data di decorrenza. In questo caso, l'Impresa ti rimborserà il premio eventualmente già pagato, al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.

Puoi in ogni caso disdire la polizza con **30 giorni** di preavviso sulla data di scadenza annuale. In questo caso, la polizza cessa ed il premio non sarà più dovuto.

Per recedere o disdire la polizza puoi inviare una lettera raccomandata A/R all'indirizzo: MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma.

Assicurazione Malattia

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

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



Prodotto: You Well

Questo documento è stato realizzato in data 15/12/2023 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 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?

Malattia grave

Fermi i casi di esclusione, l'Impresa corrisponde al beneficiario il capitale assicurato qualora, durante il periodo di validità della polizza, sia diagnosticata per la prima volta all'assicurato una delle seguenti malattie gravi: **Cancro, Infarto del miocardio, Ictus, Parkinson, Malattia dei motoneuroni e Sclerosi laterale amiotrofica**. La prestazione viene corrisposta a condizione che l'assicurato, dopo la diagnosi della malattia grave, sia rimasto in vita per almeno 14 giorni (cd. periodo di sopravvivenza).



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro: in caso di sinistro devi informare tempestivamente l'Impresa inviando una email all'indirizzo assistenza@sinistrimetlife.it o webclaim@pec.it, oppure inviando una comunicazione a MetLife c/o Brokeronline, Casella postale 107, 26100 Cremona. Puoi presentare la denuncia in forma libera oppure puoi utilizzare il modulo che troverai sul sito internet www.metlife.it, nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Per ottenere informazioni ed assistenza sulla denuncia del sinistro puoi inviare una segnalazione all'indirizzo internet www.sinistrimetlife.it o telefonare al numero **06.492161**.

Assistenza diretta/in convenzione: non prevista.

Gestione da parte di altre imprese: non prevista.

Prescrizione: i diritti derivanti dalla polizza si prescrivono in 2 anni a partire dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 c.c.).

Dichiarazioni inesatte o reticenti

Eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio (come ad esempio non dichiarare l'esistenza di una malattia pregressa) possono comportare la cessazione della polizza o la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'indennizzo.

Obblighi dell'impresa

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza, l'Impresa si impegna al pagamento di quanto dovuto entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa.



Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	<p>Hai diritto al rimborso del premio nei seguenti casi:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ se il contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'estero; ▪ se l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità; ▪ in caso recesso dalla polizza; <p>L'Impresa effettua il rimborso del premio al netto delle imposte e della porzione di premio relativa al periodo per il quale la polizza ha avuto effetto.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La polizza cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ in caso di decesso del contraente o dell'assicurato; ▪ al pagamento del capitale assicurato; ▪ se il contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'estero; ▪ se l'assicurato perde i requisiti di assicurabilità; ▪ in caso recesso dalla polizza; ▪ in caso di disdetta della polizza; ▪ in caso di mancato pagamento del premio.
Sospensione	<p>Ai sensi dell'art. 1901 c.c., se non paghi il premio - o la prima rata di premio in caso di frazionamento - la polizza resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui paghi quanto è dovuto. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della polizza non saranno garantiti dall'Impresa.</p> <p>Se alla data di scadenza non paghi i premi successivi, la polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza.</p> <p>Se il pagamento del premio non avviene entro 6 mesi dalla data di scadenza, la polizza cessa.</p> <p>Puoi riattivare la polizza entro un anno dalla data di sospensione versando le rate di premio mancanti, oltre agli interessi legali. Se sono trascorsi più di 6 mesi dalla data di sospensione, la riattivazione può avvenire solo con l'accettazione dell'Impresa che può richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari. In questo caso la polizza riacquista 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 garantiti dall'Impresa.</p>



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Possono acquistare la polizza le persone fisiche con residenza o domicilio fiscale in Italia e le persone giuridiche con sede legale in Italia. Sono assicurabili le persone fisiche se, alla data di decorrenza della polizza:

- sono residenti in Italia;
- sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- hanno un'età compresa tra 18 e 65 anni.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione (inclusi nell'importo del premio): 0,00%, 15,00% o 26,00% del premio netto imposte.

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, ai recapiti di seguito indicati:</p> <p style="text-align: center;">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</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.</p> <p>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 - Servizio tutela del Consumatore - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: tutela.consumatore@pec.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 Consumer 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	<p>In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di adire l'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al presidente del consiglio dell'ordine dei medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il collegio medico. Il collegio medico risiede nel comune, sede dell'istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.</p> <p>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).</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO MEDICO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E LE AVVERTENZE CONTENUTE IN PROPOSTA/CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE 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

Contratto di assicurazione Malattia You Well

Questo documento è stato realizzato in data 15/12/2023 ed è l'ultimo disponibile

Eventuali aggiornamenti relativi alle informazioni contenute nel presente documento potranno essere comunicati al contraente/assicurato 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 della Polizza	3
Art. 2 – Perfezionamento, inizio e termine della Polizza	3
2.1 – Formalità di assunzione del rischio e perfezionamento della Polizza.....	3
2.2 – Decorrenza e Durata del Programma Assicurativo.....	4
2.3 – Cessazione della Polizza.....	4
2.4 – Modalità di ricezione della documentazione contrattuale e precontrattuale.....	4
2.5 – Revoca della Proposta di assicurazione.....	4
2.6 – Recesso.....	4
2.7 – Disdetta.....	4
Art. 3 – Premio assicurativo	4
3.1 – Premio.....	4
3.2 – Modalità di pagamento del Premio.....	4
3.3 – Sospensione e cessazione della Polizza per mancato pagamento del Premio.....	5
3.4 – Rivedibilità del Premio.....	5
Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti	5
Art. 5 – Stato di fumatore / non fumatore	5
Art. 6 – Aggravamento e diminuzione del rischio	5
Art. 7 – Legge applicabile	6
Art. 8 – Prescrizione	6
Art. 9 – Risoluzione delle controversie	6
9.1 – Foro competente / Procedimento di mediazione.....	6
9.2 – Arbitrato.....	6
Art. 10 – Valuta	6
Art. 11 – Esonero dalla denuncia di altre Polizze	6
SEZIONE II – OGGETTO DELLA POLIZZA	6
Art. 12 – Garanzia	6
Art. 13 – Validità territoriale della Polizza	7
Art. 14 – Capitale assicurato	7
Art. 15 – Persone assicurabili	7
15.1 – Contraente e variazioni di residenza, domicilio fiscale o sede legale.....	7
15.2 – Persone assicurabili.....	8
Art. 16 – Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie	8
16.1 – Carenza.....	8
16.2 – Esclusioni.....	8
SEZIONE III – PRESTAZIONI ASSICURATE	8
Art. 17 – Cancro	8
17.1 – Oggetto della garanzia.....	8
17.2 – Esclusioni.....	8
Art. 18 – Infarto del miocardio	9
18.1 – Oggetto della garanzia.....	9
18.2 – Esclusioni.....	9
Art. 19 – Ictus	9
19.1 – Oggetto della garanzia.....	9
19.2 – Esclusioni.....	9
Art. 20 – Parkinson	9
20.1 – Oggetto della garanzia.....	9
Art. 21 – Malattia dei motoneuroni e Sclerosi laterale amiotrofica	9
21.1 – Oggetto della garanzia.....	9
21.2 – Esclusioni.....	9
SEZIONE IV – PAGAMENTO DEL SINISTRO	10
Art. 22 – Denuncia di Sinistro	10
Art. 23 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro	10
Art. 24 – Termini per il pagamento del Sinistro	10

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI	10
Art. 25 – Richiesta di Informazioni	10
Art. 26 – Reclami	11
26.1 – Reclami all’Impresa di assicurazioni	11
26.2 – Reclami all’Intermediario.....	11
26.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza.....	11
INFORMATIVA PRIVACY	11

GLOSSARIO

Addebito diretto Sepa (SDD): lo strumento di pagamento mediante il quale il Contraente autorizza MetLife a disporre addebiti sul proprio conto corrente per pagamenti ricorrenti o singoli.

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

Assicurato: la persona fisica protetta dall’assicurazione che può coincidere o meno con il Contraente.

Beneficiario: l’Assicurato.

Capitale assicurato: la somma forfettaria e predeterminata dovuta da MetLife al verificarsi del Sinistro coperto dalla Polizza per il rimborso delle spese mediche e di cura sostenute dall’Assicurato in conseguenza della Malattia Grave.

Carenza: il periodo di tempo, immediatamente successivo alla Decorrenza della Polizza, durante il quale la copertura assicurativa è sospesa. Qualora il Sinistro avvenga in tale periodo, lo stesso non sarà coperto e MetLife non corrisponderà il Capitale assicurato.

Certificato di assicurazione: il documento sottoscritto dal Contraente e dall’Assicurato che prova l’acquisto della Polizza.

Contraente: la persona fisica o la persona giuridica che acquista la Polizza e sostiene il pagamento del Premio.

Decorrenza della Polizza: il momento in cui inizia la copertura assicurativa.

Diagnosi: la data in cui viene identificata per la prima volta la Malattia Grave da un medico specialista attraverso l’esame clinico del paziente, l’anamnesi e gli esami di laboratorio e strumentali.

Durata della Polizza: il periodo di durata della copertura assicurativa.

Esclusioni: i rischi non coperti dalla Polizza.

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

Firma elettronica:

- **Firma elettronica avanzata in modalità OTP (o FEA):** insieme di dati in forma elettronica allegati oppure connessi a un documento informatico che consentono l’identificazione del firmatario del documento e garantiscono la connessione univoca al firmatario, creati con mezzi sui quali il firmatario può conservare un controllo esclusivo, collegati ai dati ai quali detta firma si riferisce in modo da consentire di rilevare se i dati stessi siano stati successivamente modificati;
- **Firma elettronica digitale (FED):** un particolare tipo di firma elettronica qualificata basata su un sistema di chiavi crittografiche, una pubblica e una privata, correlate tra loro, che consente al titolare di firma elettronica tramite la chiave privata e a un soggetto terzo tramite la chiave pubblica, rispettivamente, di rendere manifesta e di verificare la provenienza e l’integrità di un documento informatico o di un insieme di documenti informatici (CAD, D.lgs. n. 82/2005, art. 1, lett. s);
- **Firma elettronica qualificata (FEQ):** un 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, art. 3, comma 1, numero 12).

Formalità di assunzione del rischio: gli adempimenti che l’Assicurato deve svolgere per permettere a MetLife di valutare i rischi che assume con la Polizza.

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

Intermediario: il soggetto iscritto al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi, incaricato della distribuzione della Polizza.

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

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

Malattia Grave: la Diagnosi di una delle seguenti malattie: Cancro, Infarto del miocardio, Ictus, Parkinson, Malattia dei motoneuroni e Sclerosi laterale amiotrofica, così come definite all’art. 12.

MetLife: la compagnia di assicurazioni 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 MetLife.

Periodo di sopravvivenza: il periodo durante il quale l’Assicurato deve rimanere in vita per avere diritto alla prestazione assicurativa.

Polizza: il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente con MetLife.

Premio: la somma versata dal Contraente a MetLife per il pagamento della Polizza.

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

Proposta di assicurazione: il documento con il quale il Contraente manifesta a MetLife la volontà di acquistare la Polizza in base alle caratteristiche ed alle condizioni in esso indicate.

Questionario medico: il modulo costituito da domande sullo stato di salute e sulle abitudini di vita dell’Assicurato che MetLife utilizza per valutare i rischi che assume con la Polizza.

Rapporto di Visita Medica (o RVM): la relazione compilata da un medico costituita da domande sulle abitudini di vita e sullo stato di salute dell’Assicurato che MetLife utilizza per valutare i rischi che assume con la Polizza.

Sinistro: il verificarsi dell’evento dannoso per cui è stata stipulata la Polizza.

SEZIONE I – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1 – Caratteristiche della Polizza

You Well è una Polizza Malattia **facoltativa** che garantisce al Beneficiario un capitale qualora, durante il periodo di validità della Polizza, sia diagnosticata per la prima volta all'Assicurato una Malattia Grave tra quelle indicate all'art. 12.

La Polizza può essere acquistata di persona, con firma autografa o Firma elettronica, oppure a distanza con Firma elettronica. MetLife assume il rischio sulla base alle dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato.

Art. 2 – Perfezionamento, inizio e termine della Polizza

2.1 – Formalità di assunzione del rischio e perfezionamento della Polizza

Le Formalità di assunzione del rischio e le modalità di perfezionamento della Polizza variano in base all'**età dell'Assicurato** e all'**importo da assicurare**:

- **Età fino a 50 anni - Importo da assicurare fino a € 150.000,00:** si richiede la compilazione del Questionario Medico. In caso di risposta negativa a tutte le domande riportate nel questionario, la Polizza si perfeziona con l'emissione del Certificato di assicurazione. In caso di risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande riportate nel questionario, la Polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte di MetLife;
- **Età fino a 50 anni - Importo da assicurare superiore a € 150.000,00 e fino a € 250.000,00:** si richiedono la compilazione del Rapporto di Visita Medica, l'esame delle urine completo e le analisi del sangue*. La Polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte di MetLife;
- **Età superiore a 50 anni e fino a 60 anni - Importo da assicurare fino a € 150.000,00:** si richiede la compilazione del Questionario Medico. In caso di risposta negativa a tutte le domande riportate nel questionario, la Polizza si perfeziona con l'emissione del Certificato di assicurazione. In caso di risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande riportate nel questionario, la Polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte di MetLife;
- **Età superiore a 50 anni e fino a 60 anni - Importo da assicurare superiore a € 150.000,00 e fino a € 250.000,00:** si richiedono la compilazione del Rapporto di Visita Medica, l'esame delle urine completo, le analisi del sangue* e il PSA totale e libero**. La Polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte di MetLife;
- **Età superiore a 60 anni e fino a 65 anni - Importo da assicurare fino a € 50.000,00:** si richiede la compilazione del Questionario Medico. In caso di risposta negativa a tutte le domande riportate nel questionario, la Polizza si perfeziona con l'emissione del Certificato di assicurazione. In caso di risposta affermativa anche ad una soltanto delle domande riportate nel questionario, la Polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte di MetLife;
- **Età superiore a 60 anni e fino a 65 anni - Importo da assicurare superiore a € 50.000,00 e fino a € 150.000,00:** si richiedono la compilazione del Rapporto di Visita Medica, l'esame delle urine completo e le analisi del sangue*. La Polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte di MetLife;
- **Età superiore a 60 anni e fino a 65 anni - Importo da assicurare superiore a € 150.000,00 e fino a € 200.000,00:** si richiedono la compilazione del Rapporto di Visita Medica, l'esame delle urine completo, le analisi del sangue* e il PSA totale e libero**. La Polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte di MetLife;
- **Età superiore a 60 anni e fino a 65 anni - Importo da assicurare superiore a € 200.000,00 e fino a € 250.000,00:** si richiedono la compilazione del Rapporto di Visita Medica, l'esame delle urine completo, le analisi del sangue*, il PSA totale e libero** e l'elettrocardiogramma a riposo. La Polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte di MetLife.

* emoglobina glicosilata, creatinemia, AST, ALT, GGT, colesterolo totale, HDL, trigliceridi, emocromo completo con formula, HBsAg, HBeAg, HCV, HIV

** solo per assicurati di sesso maschile con età pari o superiore a 55 anni

Nei casi in cui non è richiesta la compilazione del Rapporto di Visita Medica, l'Assicurato, a sue spese, può comunque chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare il suo stato di salute.

		CAPITALE ASSICURATO			
		Fino a € 50.000,00	Da € 50.001,00 a € 150.000,00	Da € 150.001,00 a € 200.000,00	Da € 200.001,00 a € 250.000,00
ETÀ ASSICURATO	Fino a 50 anni	Questionario medico	Questionario medico	Rapporto di Visita medica Analisi delle urine Esami del sangue	Rapporto di Visita medica Analisi delle urine Esami del sangue
	da 51 a 60 anni	Questionario medico	Questionario medico	Rapporto di Visita medica Analisi delle urine Esami del sangue PSA	Rapporto di Visita medica Analisi delle urine Esami del sangue PSA
	Da 61 a 65 anni	Questionario medico	Rapporto di Visita medica Analisi delle urine Esami del sangue	Rapporto di Visita medica Analisi delle urine Esami del sangue PSA	Rapporto di Visita medica Analisi delle urine Esami del sangue PSA ECGR

Nel caso in cui per lo stesso Assicurato siano già state stipulate una o più polizze You Well, è necessario sommare gli importi già assicurati con il nuovo importo da assicurare ed effettuare la Formalità di assunzione del rischio corrispondente.

Nel caso in cui dalla documentazione medica ricevuta dovessero emergere fattori di rischio, MetLife può richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari, applicare un sovrappremio, escludere specifici rischi o rifiutare l'assunzione del rischio.

MetLife può inoltre valutare il rischio derivante dall'esercizio di attività professionali e sport amatoriali o professionali dietro compilazione degli appositi questionari sulle attività/sport svolti.

2.2 – Decorrenza e Durata della Polizza

La Polizza decorre dalle ore 24.00 della data di perfezionamento e rimane in vigore per un anno, **a condizione che il Premio sia pagato**.

La Polizza si **rinnova tacitamente di anno in anno**, salvo disdetta del Contraente ai sensi dell'art. 2.7, a condizione che alla data del rinnovo:

- il Contraente sia residente in Italia e sia munito di codice fiscale italiano;
- l'Assicurato sia residente in Italia, sia munito di codice fiscale italiano e non abbia ancora compiuto **70 anni** di età.

i Se il pagamento del Premio è successivo alla data di perfezionamento della Polizza, la copertura assicurativa resta sospesa e decorre dalle ore 24.00 della data di effettivo pagamento del Premio.

2.3 – Cessazione della Polizza

La Polizza cessa:

- a) in caso di decesso del Contraente o dell'Assicurato;
- b) al pagamento del Capitale assicurato;
- c) se il Contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'Estero;
- d) se l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità indicati all'art. 15 lett. a), b);
- e) in caso recesso dalla Polizza da parte del Contraente;
- f) in caso di disdetta della Polizza da parte del Contraente;
- g) in caso di mancato pagamento del Premio ai sensi dell'art. 3.3.

Nelle ipotesi a), la Polizza cessa alla data di scadenza annuale in caso di decesso del Contraente, oppure alla data del decesso in caso di decesso dell'Assicurato.

Nelle ipotesi b), f), g) la Polizza cessa, rispettivamente, alla data di pagamento del Capitale assicurato, alla data della disdetta o alla data di risoluzione della Polizza per mancato pagamento del Premio. In tali casi non è dovuta alcuna restituzione di Premio.

Nelle ipotesi c), d), e) la Polizza cessa, rispettivamente, alla data del trasferimento, alla data in cui l'Assicurato perde i requisiti di assicurabilità o alla data del recesso. In tali casi MetLife restituirà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto della porzione di Premio relativa al periodo per il quale la Polizza ha avuto effetto.

2.4 – Modalità di ricezione della documentazione contrattuale e precontrattuale

Se la Polizza si perfeziona di persona, il Contraente può scegliere di ricevere la documentazione contrattuale e precontrattuale e le eventuali comunicazioni rese da MetLife in corso di Contratto, in formato cartaceo oppure in formato elettronico.

Se la Polizza si perfeziona a distanza, il Contraente riceverà la documentazione contrattuale e precontrattuale e le eventuali comunicazioni rese da MetLife in corso di Contratto, in formato elettronico, con facoltà di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo.

Il Contraente può modificare la modalità di comunicazione e richiedere un duplicato cartaceo o informatico della documentazione per tutto il periodo in cui MetLife è tenuta per legge a conservarla.

2.5 – Revoca della Proposta di assicurazione

Se la Polizza si perfeziona con l'accettazione del rischio da parte di MetLife, il Contraente può revocare la Proposta di assicurazione fino a quando non ha ricevuto la lettera di accettazione del rischio (cd. lettera di conferma) da parte di MetLife. La revoca della Proposta di assicurazione può essere comunicata via **e-mail** all'indirizzo rischi.individuali@metlife.it o con **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.

2.6 – Recesso

Il Contraente ha diritto di recedere dalla Polizza **entro 60 giorni** dalla data di perfezionamento. Il recesso può essere comunicato con **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma. **Il recesso ha effetto dalle ore 24.00 del giorno di invio della comunicazione.** In tal caso MetLife, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di recesso, rimborserà al Contraente il Premio eventualmente già pagato, al netto della porzione di Premio relativa al periodo per il quale la Polizza ha avuto effetto.

2.7 – Disdetta

Il Contraente ha diritto di disdire la Polizza con **30 giorni di preavviso** sulla data di scadenza annuale. La disdetta può essere comunicata con **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma. In tal caso, la Polizza cessa alla data di scadenza annuale e il Premio non sarà più dovuto.

Art. 3 – Premio assicurativo

3.1 – Premio

Il Premio è annuo e crescente in base all'età dell'Assicurato. L'importo del Premio è indicato nella Proposta o nel Certificato di assicurazione. Eventuali sovrappremi sono indicati nella lettera di accettazione del rischio (cd. lettera di conferma) o in apposita appendice contrattuale alla Polizza.

Il Premio viene utilizzato da MetLife per far fronte ai rischi assunti con la Polizza. Pertanto, nel caso in cui l'evento assicurato non si verifichi, i premi rimarranno totalmente acquisiti da MetLife quale corrispettivo del rischio corso.

3.2 – Modalità di pagamento del Premio

Il Premio può essere pagato con le seguenti modalità:

1. a MetLife tramite Addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente;
2. a MetLife tramite bonifico bancario;
3. all'Intermediario, se abilitato all'incasso del Premio, tramite i mezzi di pagamento indicati nell'informativa precontrattuale.

Il pagamento del Premio eseguito in buona fede all'Intermediario si considera come effettuato a MetLife se l'Intermediario è stato autorizzato all'incasso del Premio in virtù di espressa previsione contrattuale contenuta nel mandato conferitogli da MetLife, ai sensi dell'art. 65 del Regolamento Ivass n. 40/2018.

Il Premio può essere frazionato, senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente:

- su base mensile (modalità numero 1) a condizione che la rata abbia un importo minimo di € 8,00;
- su base trimestrale (modalità numero 1 e 2);
- su base semestrale (tutte le modalità).

Il Premio annuale (frazionato o non frazionato) è dovuto per intero, anche in caso di Sinistro.

3.3 – Sospensione e cessazione della Polizza per mancato pagamento del Premio

Ai sensi dell'art. 1901 c.c., se il Contraente non paga il Premio - o la prima rata di Premio in caso di frazionamento - la Polizza resta sospesa fino alle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto. Eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della Polizza non saranno garantiti da MetLife.

Se alla data di scadenza il Contraente non paga i premi successivi, la Polizza resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza.

Se il pagamento del Premio non avviene entro 6 mesi dalla data di scadenza, la Polizza cessa.

Il Contraente può riattivare la Polizza entro un anno dalla data di sospensione versando le rate di Premio mancanti, oltre agli interessi legali. Se sono trascorsi più di 6 mesi dalla data di sospensione, la riattivazione può avvenire solo con l'accettazione di MetLife che può richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari. In questo caso la Polizza riacquista validità dalle ore 24.00 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto, senza efficacia retroattiva. Pertanto, eventuali sinistri accaduti durante il periodo di sospensione della Polizza non saranno garantiti da MetLife.



In caso di pagamento del Premio tramite Addebito diretto Sepa (SDD) in conto corrente bancario, il Contraente dovrà assicurarsi che sul conto corrente bancario utilizzato per i pagamenti vi siano fondi sufficienti. In caso di variazione dei dati relativi al conto corrente bancario, il Contraente dovrà informare MetLife entro e non oltre **5 giorni** dalla data di variazione. Qualora il pagamento del Premio non vada a buon fine per causa non imputabile al Contraente, la Polizza non sarà sospesa, ma il Contraente di attivarsi tempestivamente per risolvere il problema.

3.4 – Rivedibilità del Premio

La Compagnia per determinare il Premio utilizza una serie di dati sulla collettività delle persone che posso acquistare la polizza come ad esempio l'età, il rapporto maschi/femmine, la frequenza dei sinistri, ecc. Qualora questi dati dovessero variare nel corso del tempo, MetLife si riserva la facoltà di modificare il Premio ogni anno a partire dalla data di Decorrenza della Polizza, dandone comunicazione al Contraente con un **preavviso di 60 giorni** sulla data di scadenza annuale della Polizza.

Resta inteso che il Contraente potrà recedere dalla Polizza, senza spese, con un **preavviso di 30 giorni** sulla data di scadenza annuale, inviando a MetLife una **lettera raccomandata A/R**. Se il Contraente non esercita il diritto di recesso, la Polizza proseguirà alle nuove condizioni a partire dall'anno successivo.

Art. 4 – Dichiarazioni false, inesatte o reticenti

Le dichiarazioni false, inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio da parte di MetLife, tali per cui MetLife 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 il Capitale assicurato in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione della Polizza ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.

In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:

- sono causa di annullamento della Polizza se il Contraente o l'Assicurato ha agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, MetLife 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 MetLife ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, MetLife non sarà tenuta a pagare il Capitale assicurato, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 c.c.;
- non sono causa di annullamento della Polizza se il Contraente o l'Assicurato ha agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, MetLife potrà recedere dalla Polizza, mediante dichiarazione da farsi al Contraente 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 da MetLife, o prima che MetLife abbia dichiarato di recedere dalla Polizza, il Capitale assicurato sarà ridotto in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 c.c.

Art. 5 – Stato di fumatore / non fumatore

È considerata "fumatore" la persona che abbia fumato (sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipa, ecc.) anche sporadicamente nel corso dei 2 anni precedenti la data di sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione, oppure che abbia smesso di fumare su consiglio medico.

È considerata "non fumatore" la persona che non abbia fumato (sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipa, ecc.) neanche sporadicamente nel corso dei 2 anni precedenti la data di sottoscrizione della Proposta/Certificato di assicurazione e che non abbia smesso di fumare su consiglio medico.

Art. 6 – Aggravamento e diminuzione del rischio

L'Assicurato ha il dovere di comunicare tempestivamente a MetLife i cambiamenti relativi a:

- attività professionale;
- attività sportiva;
- abitudini di vita (stato di fumatore / non fumatore, secondo quanto previsto all'art. 5).

La comunicazione può essere effettuata via **e-mail** all'indirizzo rischi.individuali@metlife.it, oppure con **lettera raccomandata A/R** all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma.

Se tali cambiamenti comportano un **aggravamento del rischio**, MetLife comunicherà al Contraente la differenza di Premio da pagare a partire dall'anno successivo in caso di rinnovo della Polizza. MetLife potrà recedere dalla Polizza in caso di mancato pagamento della differenza di Premio o se l'aggravamento del rischio è tale che, se fosse esistito al momento dell'acquisto della Polizza, non avrebbe assunto il rischio.

i Qualora l'Assicurato non dovesse comunicare l'aggravamento del rischio, MetLife, in caso di Sinistro corrisponderà un importo ridotto (che si ottiene moltiplicando il Capitale assicurato per il rapporto tra il Premio stabilito nella Polizza e quello che l'Assicurato avrebbe dovuto pagare se avesse dichiarato l'aggravamento del rischio) oppure non corrisponderà il Capitale assicurato se l'aggravamento è tale che non avrebbe assunto il rischio.

Se tali cambiamenti comportano una **diminuzione del rischio**, MetLife procederà alla riduzione del Premio a partire dall'anno successivo in caso di rinnovo della Polizza.

i Per quanto riguarda la variazione dello stato di fumatore/non fumatore, l'Assicurato dovrà inviare a MetLife una comunicazione nella quale dichiara di aver smesso di fumare da almeno 2 anni e che non ha smesso di fumare su consiglio medico.

Art. 7 – Legge applicabile

Alla Polizza si applica la legge italiana.

Art. 8 – Prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 c.c. Il comma, i diritti derivanti dalla Polizza si prescrivono in **2 anni** dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. **Eventuali sinistri denunciati dopo il termine sopra indicato non saranno indennizzati da MetLife.**

Art. 9 – Risoluzione delle controversie

9.1 - Foro competente / Procedimento di mediazione

Per le controversie relative alla Polizza è competente l'autorità giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del consumatore (Contraente, Assicurato o Beneficiario). È possibile rivolgersi all'autorità giudiziaria solo dopo aver effettuato il tentativo obbligatorio di mediazione come previsto dalla 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.

9.2 - Arbitrato

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'autorità giudiziaria o di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, MetLife e il Beneficiario (di seguito le "Parti") potranno conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un collegio di 3 medici, nominati uno per parte e 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 che ha 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 del Beneficiario. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà. Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. **Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.** I risultati delle operazioni peritali del collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Art. 10 – Valuta

Gli importi relativi al Premio e alla prestazione assicurata verranno calcolati e corrisposti nella moneta nazionale vigente al momento del pagamento.

Art. 11 – Esonero dalla denuncia di altre Polizze

Il Contraente non è tenuto ad informare MetLife se ha già acquistato, o se intende acquistare in futuro, altre polizze aventi ad oggetto gli stessi rischi garantiti dalla Polizza.

SEZIONE II – OGGETTO DELLA POLIZZA

Art. 12 – Garanzie

La Polizza garantisce al Beneficiario il Capitale assicurato qualora, durante il periodo di validità della Polizza, sia diagnosticata per la prima volta all'Assicurato una Malattia Grave tra quelle di seguito elencate:

- a) Cancro;
- b) Infarto del miocardio;
- c) Ictus;
- d) Parkinson;
- e) Malattia dei motoneuroni e Sclerosi laterale amiotrofica.

a) Cancro

La prima Diagnosi certa e definitiva di malignità di un tumore (caratterizzato da una crescita incontrollata di cellule maligne e dall'invasione del tessuto) che richiede un trattamento di chirurgia, radioterapia, chemioterapia o altre terapie (ormonoterapia, trattamenti farmacologici, trapianto del midollo osseo o di altri organi, sostituzione cellule staminali o trattamenti attualmente non previsti tra quelli elencati ma riconosciuti dall'istituto superiore della sanità nazionale) o trattamento palliativo. È necessario che la Diagnosi di malignità sia confermata da accertamento diagnostico e certificata da parte di un oncologo.

Sono incluse anche tutte le neoplasie maligne del midollo osseo (incluse, tra le altre: leucemia, neoplasie mieloproliferative, trombocitemia essenziale, policitemia rubra vera, mielofibrosi primaria, policitemia vera e sindrome mielodisplastica) che richiedano trattamento con trasfusioni ricorrenti, flebotomie terapeutiche, chemioterapia, terapie oncologiche mirate, trapianto di midollo osseo o trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

Sono inoltre inclusi tutti i melanomi maligni.

b) Infarto del miocardio

La Diagnosi certa e definitiva di infarto del miocardio acuto, confermata da un cardiologo. L'infarto del miocardio acuto deve essere relativo ad eventi accaduti successivamente alla data di Decorrenza della Polizza. Deve inoltre essere presente la necrosi di una parte del muscolo miocardico.

Tale Diagnosi deve essere sostenuta da almeno 2 dei seguenti criteri documentati:

- sintomatologia clinicamente coerente con la Diagnosi di infarto acuto del miocardio;
- nuove alterazioni elettrocardiografiche di necrosi non riconducibili ad eventi avvenuti precedentemente alla data di Decorrenza della Polizza;
- tipica elevazione con aumento al di sopra dei valori di normalità dei biomarkers cardiaci specifici.

Sono inclusi i nuovi infarti NSTEMI purché diagnosticati in ambiente cardiologico.

c) Ictus

La Diagnosi certa e definitiva di un nuovo ictus cerebrale acuto, confermata da un neurologo e da tecniche ad immagini, con morte irreversibile del tessuto cerebrale a causa di mancato apporto sanguigno o emorragia nel tessuto cerebrale o emorragia nello spazio subaracnoideo. L'ictus deve contribuire ad una compromissione permanente delle funzioni neurologiche. Dall'esame obiettivo devono risultare chiare ed evidenti anomalie delle funzioni neurologiche, che devono permanere per un periodo continuativo di almeno 30 giorni successivamente all'esordio dell'ictus.

d) Parkinson

La Diagnosi certa e definitiva di morbo di Parkinson, confermata da un neurologo o geriatra, in presenza di sintomi permanenti. La Diagnosi deve attestare a livello clinico la compromissione irreversibile della funzionalità motoria associata a tremore e/o rigidità muscolare. Sono incluse anche la sindrome Parkinsoniana e il Parkinsonismo.

e) Malattia dei motoneuroni e Sclerosi laterale amiotrofica

La Diagnosi certa e definitiva di Malattia dei motoneuroni, confermata da un neurologo, come atrofia muscolare spinale, paralisi bulbare progressiva, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) o sclerosi laterale primaria. Vi deve essere degenerazione progressiva dei tratti corticospinali e delle cellule del corno anteriore o dei neuroni efferenti bulbari. Deve essere presente un danno neurologico funzionale permanente con evidenze obiettive di disfunzione motoria in forma persistente e continua per almeno 3 mesi.

Art. 13 – Validità territoriale della Polizza

La Polizza è valida senza limiti territoriali, ma la Malattia Grave deve essere diagnosticata da un medico abilitato ad esercitare la sua attività in un paese membro dell'Unione Europea.

Art. 14 – Capitale assicurato

Il Contraente, al momento dell'acquisto della Polizza, può scegliere di assicurare un importo compreso tra € 30.000,00 e € 250.000,00. Il Capitale assicurato è indicato nella Proposta o nel Certificato di assicurazione.

L'importo massimo assicurabile per ciascun Assicurato è pari a € 250.000,00, indipendentemente dal numero delle polizze You Well che sono state acquistate. Di conseguenza eventuali polizze che dovessero concorrere a superare questo limite, saranno annullate da MetLife che restituirà al Contraente i premi incassati al netto delle imposte.



Esempio

Se per lo stesso Assicurato, il Contraente acquista la **Polizza 1** in data 01/02/2024 per un Capitale assicurato pari a € 200.000,00 e la **Polizza 2** in data 01/07/2024 per un Capitale assicurato pari a € 100.000,00, la **Polizza 2** sarà annullata perché il Capitale assicurato, sommato a quello della **Polizza 1**, supera il limite di € 250.000,00. In questo caso MetLife restituirà al Contraente i premi incassati relativi alla **Polizza 2**, al netto delle imposte.

In caso di Contraente persona giuridica possono essere assicurate fino a 3 persone fisiche per un importo massimo assicurabile per persona pari a € 250.000,00.

Art. 15 – Persone assicurabili

15.1 – Contraente e variazioni di residenza, domicilio fiscale o sede legale

Possono acquistare la Polizza, in qualità di Contraente, sia le persone fisiche con residenza o domicilio fiscale in Italia, sia le persone giuridiche con sede legale in Italia. Se il Contraente trasferisce la residenza, il domicilio fiscale o la sede legale all'Estero, dovrà darne tempestiva comunicazione per iscritto a MetLife.

15.2 – Persone assicurabili

Sono assicurabili le persone fisiche a condizione che alla data di Decorrenza della Polizza:

- a) sono residenti in Italia;
- b) sono munite di codice fiscale italiano o tessera sanitaria italiana;
- c) hanno un'età compresa tra **18 e 65 anni**.

Non sono assicurabili le persone fisiche portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica all'esercizio di un qualsiasi lavoro proficuo e remunerabile, riconosciuta dall'INPS o da altro ente previdenziale pubblico.

Non sono inoltre assicurabili le persone fisiche che svolgono le seguenti professioni lavorative:

- addetti a lavori in pozzi, cave, gallerie, miniere o su piattaforme petrolifere;
- palombari/sommozzatori;
- speleologi.



Qualora l'Assicurato dovesse perdere i requisiti di assicurabilità indicati alle lett. a) e b) la Polizza cessa dalla medesima data ed eventuali sinistri accaduti successivamente non saranno indennizzati da MetLife. Si rinvia all'art. 2.3 per i dettagli.

Art. 16 – Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie

16.1 – Carenza

La Polizza prevede un periodo di Carenza di **5 mesi** consecutivi a partire dalla data di Decorrenza della Polizza. La Carenza non si applica se l'Assicurato si sottopone a visita medica e presenta a MetLife il Rapporto di Visita Medica.

MetLife non corrisponderà il Capitale assicurato se la Malattia Grave viene diagnosticata durante il periodo di Carenza.

16.2 – Esclusioni



MetLife non fornirà alcuna prestazione assicurativa e non pagherà alcun Sinistro qualora ciò possa comportare l'inosservanza di un divieto o di una restrizione oppure esporla a sanzione secondo quanto previsto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle sanzioni economiche o commerciali, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea o da altre leggi o regolamenti relativi alla repressione del terrorismo internazionale.

Sono escluse dalla Polizza le conseguenze di:

- atti dolosi compiuti o tentati dal Contraente o dall'Assicurato;
- malattie correlate all'Alcolismo, nonché quelle conseguenti all'uso non terapeutico di stupefacenti, allucinogeni, sostanze psicotrope e simili;
- negligenza, imprudenza e imperizia nell'osservare le prescrizioni mediche;
- sindrome di immunodeficienza acquisita (AIDS) ovvero altra patologia collegata allo stato di positività all'HIV;
- danni direttamente o indirettamente originati da qualsiasi esposizione o contaminazione nucleare;
- guerra, invasione, ostilità nemiche (sia in caso di dichiarazione di guerra o meno) partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di stato;
- pratica di attività subacquee in generale e/o alpinismo oltre 1500 mt, se non dichiarate alla data di sottoscrizione della Polizza o se iniziate a praticare successivamente senza averle dichiarate (anche se praticate occasionalmente);
- malattie, malformazioni, stati patologici e lesioni, nonché le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, già note all'Assicurato e non dichiarate a MetLife al momento della sottoscrizione della Polizza.

SEZIONE III – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 17 – Cancro

17.1 – Oggetto della garanzia

Fermi i casi di esclusione, MetLife corrisponde al Beneficiario il Capitale assicurato qualora, durante il periodo di validità della Polizza, sia diagnosticato per la prima volta all'Assicurato il Cancro, così come definito all'art. 12 lett. a).

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Assicurato, dopo la Diagnosi, sia rimasto in vita per almeno 14 giorni (cd. Periodo di sopravvivenza). Di conseguenza MetLife non corrisponderà il Capitale assicurato se il decesso dell'Assicurato avviene nei 14 giorni successivi alla Diagnosi di Cancro.

17.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16.2, sono escluse dalla Polizza le conseguenze di:

- tumori che sono istologicamente descritti come benigni, pre-maligni, maligni borderline, non-invasivi, di basso potenziale di malignità, qualsiasi grado di displasia e le lesioni precancerose, a meno che non siano in fase metastatica;
- tumori della pelle che all'esame istologico presentino un livello di Clark inferiore al III o inferiore a 1.0 mm secondo Breslow, i dermatofibrosarcomi che non si sono diffusi ai linfonodi o a organi/siti distanti;
- qualsiasi lesione descritta come carcinoma in-situ (Tis) o Ta dall'edizione più recente dell'AJCC;

- tumori precoci e localizzati della vescica istologicamente descritti come stadio Ta dalla classificazione TNM o equivalente dell'edizione più recente dell'AJCC, in assenza di metastasi;
- leucemia linfocitica cronica (LLC) inferiore allo stadio RAI 3;
- tumori della prostata a meno che siano istologicamente classificati con un punteggio di Gleason superiore a 6 o abbiano progredito almeno allo stadio T2N0M0;
- tumori alla tiroide in stadio precoce che misurino meno di 1 cm di diametro e istologicamente descritti come T1N0M0 dalla Classificazione TNM dell'edizione più recente dell'AJCC;
- tumori di Stadio I secondo l'edizione più recente dell'AJCC di melanomi cutanei, tumori neuroendocrini (carcinoidi), tumori gastrointestinali stromali, a meno che non siano in fase metastatica.

Art. 18 – Infarto del miocardio

18.1 – Oggetto della garanzia

Fermi i casi di esclusione, MetLife corrisponde al Beneficiario il Capitale assicurato qualora, durante il periodo di validità della Polizza, sia diagnosticato per la prima volta all'Assicurato l'Infarto del miocardio, così come definito all'art. 12 lett. b).

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Assicurato, dopo la Diagnosi, sia rimasto in vita per almeno 14 giorni (cd. Periodo di sopravvivenza). Di conseguenza MetLife non corrisponderà il Capitale assicurato se il decesso dell'Assicurato avviene nei 14 giorni successivi alla Diagnosi di Infarto del miocardio.

18.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16.2, sono escluse dalla Polizza le conseguenze di:

- angina e angina instabile;
- miocardite, pericardite e lesione traumatica miocardica;
- scompenso cardiaco;
- collasso cardiaco;
- insufficienza cardiaca e altre forme di sindrome coronarica acuta;
- cardiomiopatia da stress (Takotsubo) e lesione miocardica acuta dovuta ad aritmie, trauma, embolia polmonare o setticemia.

Art. 19 – Ictus

19.1 – Oggetto della garanzia

Fermi i casi di esclusione, MetLife corrisponde al Beneficiario il Capitale assicurato qualora, durante il periodo di validità della Polizza, sia diagnosticato per la prima volta all'Assicurato l'Ictus, così come definito all'art. 12 lett. c).

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Assicurato, dopo la Diagnosi, sia rimasto in vita per almeno 14 giorni (cd. Periodo di sopravvivenza). Di conseguenza MetLife non corrisponderà il Capitale assicurato se il decesso dell'Assicurato avviene nei 14 giorni successivi alla Diagnosi di Ictus.

19.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16.2, sono escluse dalla Polizza le conseguenze di:

- attacco ischemico transitorio (TIA);
- danni cerebrali dovuti ad Infortunio o trauma, infezione virale o batterica, vasculite, Malattia infiammatoria demielinizzante, emicrania;
- disturbi ai vasi sanguigni che interessano gli occhi, ivi compreso infarto del nervo ottico o della retina;
- eventi vascolari del midollo spinale;
- ictus silente asintomatico riscontrato solo tramite tecniche ad immagini.

Art. 20 – Parkinson

20.1 – Oggetto della garanzia

Fermi i casi di esclusione, MetLife corrisponde al Beneficiario il Capitale assicurato qualora, durante il periodo di validità della Polizza, sia diagnosticato per la prima volta all'Assicurato il morbo di Parkinson, così come definito all'art. 12 lett. d).

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Assicurato, dopo la Diagnosi, sia rimasto in vita per almeno 14 giorni (cd. Periodo di sopravvivenza). Di conseguenza MetLife non corrisponderà il Capitale assicurato se il decesso dell'Assicurato avviene nei 14 giorni successivi alla Diagnosi del morbo di Parkinson.

Art. 21 – Malattia dei motoneuroni e Sclerosi laterale amiotrofica

21.1 – Oggetto della garanzia

Fermi i casi di esclusione, MetLife corrisponde al Beneficiario il Capitale assicurato qualora, durante il periodo di validità della Polizza, sia diagnosticata per la prima volta all'Assicurato la Malattia dei motoneuroni o la Sclerosi laterale amiotrofica, così come definita all'art. 12 lett. e).

La prestazione viene corrisposta a condizione che l'Assicurato, dopo la Diagnosi, sia rimasto in vita per almeno 14 giorni (cd. Periodo di sopravvivenza). Di conseguenza MetLife non corrisponderà il Capitale assicurato se il decesso dell'Assicurato avviene nei 14 giorni successivi alla Diagnosi di Malattia dei motoneuroni o Sclerosi laterale amiotrofica.

21.2 – Esclusioni

In aggiunta alle Esclusioni indicate all'art. 16.2, sono escluse dalla Polizza le conseguenze di Sclerosi Multipla (SM).

SEZIONE IV – PAGAMENTO DEL SINISTRO

Art. 22 – Denuncia di Sinistro

I sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto a:

MetLife c/o Brokeronline, Casella postale 107, 26100 Cremona
E-mail assistenza@sinistrimetlife.it | PEC webclaim@pec.it

La denuncia può essere presentata in forma libera oppure utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione da MetLife, seguendo le istruzioni riportate sul sito internet www.metlife.it nella sezione "Assistenza Clienti" / "Denuncia un Sinistro". Per ottenere informazioni o assistenza sulla denuncia del Sinistro è possibile telefonare al numero **06.492161**.

La denuncia deve essere completa della documentazione indicata all'articolo seguente. Il mancato invio o l'invio tardivo della documentazione può comportare un allungamento dei tempi di valutazione del Sinistro. In caso di denuncia incompleta MetLife comunicherà tempestivamente al denunciante la necessità di integrare la documentazione. MetLife può richiedere ulteriore documentazione a condizione che la richiesta sia attinente al Sinistro denunciato e che la documentazione sia strettamente necessaria per la corretta valutazione del Sinistro. MetLife 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 l'autenticità delle informazioni alla stessa comunicate.

Art. 23 – Documenti da allegare alla denuncia di Sinistro

Per tutte le garanzie, dovranno essere allegati alla denuncia di Sinistro i seguenti documenti:

- cartella clinica relativa alla Diagnosi della Malattia Grave;
- cartella clinica informatizzata redatta dal medico curante oppure, se non disponibile, relazione del medico curante con indicazione delle patologie e delle terapie prescritte negli ultimi 3 anni.

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

- verbale di Pronto Soccorso rilasciato entro 48 ore dall'evento;
- verbale integrale di accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico.

Per il Cancro, dovranno essere allegati alla denuncia anche:

- referto istologico;
- relazione medica redatta da un oncologo.

Per l'Infarto del miocardio, dovrà essere allegata alla denuncia anche:

- relazione medica redatta da un cardiologo.

Per l'Ictus, dovrà essere allegata alla denuncia anche:

- relazione medica redatta da un neurologo.

Per il Parkinson, dovrà essere allegata alla denuncia anche:

- relazione medica redatta da un neurologo o geriatra.

Per la Malattia dei motoneuroni e la Sclerosi laterale amiotrofica, dovrà essere allegata alla denuncia anche:

- relazione medica redatta da un neurologo.

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

Art. 24 – Termini per il pagamento del Sinistro

MetLife corrisponderà il Capitale assicurato al Beneficiario entro 30 giorni dalla ricezione della pratica completa. Resta inteso che qualora MetLife, per cause ad essa non imputabili, si trovi nell'impossibilità di corrispondere gli importi dovuti relativi ai sinistri denunciati entro il termine di Prescrizione, le somme stesse andranno ad alimentare il fondo pubblico relativo ai rapporti contrattuali dormienti previsto dalla Legge n. 266/2005 e successive modifiche ed integrazioni.

SEZIONE V – RICHIESTA DI INFORMAZIONI / RECLAMI

Art. 25 – Richiesta di Informazioni

Il Contraente può richiedere informazioni sulla Polizza chiamando il Numero Verde di MetLife **800.319.665**, attraverso il sito web www.metlife.it cliccando su "Assistenza Clienti", oppure scrivendo all'indirizzo MetLife Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma. MetLife fornirà riscontro entro 20 giorni dalla data di ricezione della richiesta.

Il Contraente può inoltre registrarsi all'area riservata **MyMetLife** disponibile sul sito web www.metlife.it (per effettuare il primo accesso è sufficiente inserire il proprio codice fiscale ed indirizzo email). Nell'area riservata il Contraente non può gestire telematicamente la Polizza, ma può visualizzare le informazioni, i documenti e le eventuali comunicazioni periodiche relative alla Polizza.

Art. 26 – Reclami

26.1 – Reclami all'Impresa di assicurazioni

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere comunicati per iscritto (via email, per posta o telefax) alla funzione Ufficio Reclami di MetLife, 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 a MetLife anche utilizzando il modello disponibile sul sito www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza Clienti".

MetLife fornirà riscontro entro 45 giorni dalla data di ricezione del reclamo. Nel caso in cui il reclamo riguardi il comportamento degli agenti, dei loro dipendenti o collaboratori, il termine di 45 giorni può essere esteso fino a 60 giorni per le verifiche del caso. Se il reclamo viene inviato all'Intermediario, quest'ultimo, dandone contestuale notizia al reclamante, lo trasmetterà tempestivamente a MetLife affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il predetto termine.

26.2 – Reclami all'Intermediario

I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, dei suoi dipendenti o collaboratori dovranno essere indirizzati direttamente alla sua sede e saranno gestiti direttamente dall'Intermediario che fornirà riscontro entro il termine massimo di 45 giorni. Ove il reclamo dovesse pervenire a MetLife, quest'ultima, 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.

26.3 – Reclami alle Autorità di Vigilanza

In conformità al disposto del Regolamento IVASS n. 24 del 19 maggio 2008, il reclamante potrà rivolgersi a

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma | Fax 06.42133.206 | PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it

nei seguenti casi:

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

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

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

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

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

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Cliente,

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

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

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

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

Tenuto conto che nella stipula e gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe fornire dati di terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo (ad es. per la designazione beneficiaria o del referente terzo, per l'estensione della copertura ad altri soggetti, quali il nucleo familiare, testimoni, etc.) le precisiamo che è suo onere, fornire la presente informativa ai terzi suddetti, acquisendo il consenso ove

necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesto deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.

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

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

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

Quali sono i suoi diritti?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Come contattarci o chiedere aiuto

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

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

Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, e-mail, messaggi SMS, messaggistica istantanea o attraverso altri mezzi di comunicazione elettronici. Archiviamo le chiamate ed altre registrazioni di comunicazioni in sicurezza secondo quanto previsto dalle nostre politiche di conservazione dalle altre Leggi applicabili. L'accesso a tali registrazioni è limitato agli individui che hanno la necessità di accedervi per le finalità indicate nella presente Informativa.

Come proteggiamo i suoi dati personali

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

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

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

Comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e sondaggi

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

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

A chi possono essere comunicati i suoi dati

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

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

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

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

Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

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

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

Per quali finalità di trattamento potremmo chiederle il consenso

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

Consenso ad essere ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie vendita diretta e ricerche di mercato: vorremmo poterla contattare per proporle 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.

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE Polizza Malattia You Well

Questo documento è stato realizzato in data 15/12/2023 ed è l'ultimo disponibile



Ti informiamo che puoi accedere in ogni momento alle informazioni ed alle comunicazioni periodiche relative alla tua Polizza attraverso l'area riservata **MyMetLife** sul sito www.metlife.it. Registrati subito con il tuo codice fiscale, indirizzo e-mail e copia di un documento di identità valido.

Proposta N.: _____

Valida fino al: _____

DATI DEL CONTRAENTE (del delegato o del legale rappresentante in caso di Contraente persona giuridica)

Nome		Cognome		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Codice Fiscale	
Data di Nascita		Comune di Nascita (o stato estero)			Prov.	Cittadinanza	
Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente					Professione		
Indirizzo di Residenza			Cap	Comune		Prov.	Stato
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)			Cap	Comune		Prov.	Stato
Telefono		Cellulare		E-mail			
Documento di Riconoscimento <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Altro				Numero			
Data di Rilascio		Data di Scadenza		Comune (o Stato estero) ed Ente di Rilascio			

DATI DELLA SOCIETÀ (da compilare in caso di Contraente persona giuridica)

Denominazione completa			Numero di Iscrizione Registro Imprese				
Codice Fiscale			Partita Iva				
Indirizzo Sede Legale			Cap	Comune		Prov.	Stato
Settore Attività Economica			Codice ATECO				

DATI DELL'ASSICURATO (da compilare se l'Assicurato è persona diversa dal Contraente)

Nome		Cognome		Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Codice Fiscale	
Data di Nascita		Comune di Nascita (o stato estero)			Prov.	Cittadinanza	
Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente					Professione		
Indirizzo di Residenza			Cap	Comune		Prov.	Stato
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)			Cap	Comune		Prov.	Stato
Telefono		Cellulare		E-mail			
Documento di Riconoscimento <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente				Numero			
Data di Rilascio		Data di Scadenza		Comune (o Stato estero) ed Ente di Rilascio			

DATI DELL'INTERMEDIARIO

Ragione Sociale			Codice				
Indirizzo			Cap	Comune		Prov.	

CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA

Garanzia: Malattia grave (Cancro, Infarto del miocardio, Ictus, Parkinson, Malattia dei motoneuroni e Sclerosi laterale amiotrofica)

Capitale assicurato: €

Decorrenza: dalle ore 24.00 del

Durata: annuale con tacito rinnovo

Premio annuale: €

Di cui imposte: €

Frazionamento: Mensile Trimestrale Semestrale

Numero di Rate(*):

Premio di Rata(*): €

(*) solo in caso di frazionamento del Premio.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto dal Contraente nella modalità di seguito indicata:

- a MetLife tramite bonifico bancario in favore di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Intesa Sanpaolo S.p.A., IBAN IT48 E030 6912 7111 0000 0018 242
- a MetLife tramite Addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente

IBAN:

CODICE PAESE		CODICE CONTROLLO		CIN	ABI			CAB			NUMERO DI CONTO CORRENTE												

Mandato per Addebito diretto SEPA

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza: a) MetLife a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente; b) la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite da MetLife. Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

- all'Intermediario abilitato all'incasso

AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente o dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Prima della sottoscrizione del questionario medico, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate.
- Anche nei casi non espressamente previsti da MetLife, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, sostenendone i relativi costi.
- Nel caso in cui il Contraente abbia stipulato una o più polizze You Well per il medesimo Assicurato, ai fini dell'individuazione della Formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'importo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.
- La Polizza prevede un periodo di Carenza a partire dalla data di decorrenza della copertura assicurativa qualora sia stato stipulato senza effettuare alcuna visita medica.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il **Contraente** dichiara:

- di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo **You Well - Mod. YWF2F Ed. 2023/12**, ai sensi degli artt. 56 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
 - in formato cartaceo elettronico (e-mail), in caso di sottoscrizione della Proposta di assicurazione di persona;
 - in formato **elettronico (e-mail)**, in caso di sottoscrizione della Proposta di assicurazione a distanza, con facoltà di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo;
- di aver consegnato copia della predetta documentazione all'Assicurato, se persona diversa dal Contraente.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

PROPOSTA DI ASSICURAZIONE

Il **Contraente** propone a MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia la stipula della Polizza di assicurazione You Well sulla base delle condizioni contrattuali di cui al relativo Set informativo.

Il **Contraente e l'Assicurato:**

- riconoscono che tutte le informazioni e le dichiarazioni rese nella presente Proposta - anche se materialmente apposte da altri - sono veritiere e che non è stata omessa o taciuta alcuna circostanza;
- sono consapevoli che tutte le informazioni ed i dati richiesti sono elementi essenziali e necessari per la corretta valutazione del rischio da parte di MetLife e che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte di MetLife possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;

- prosciogliono dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averli curati e/o visitati, nonché altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali MetLife, anche dopo l'eventuale Sinistro, credesse di rivolgersi per acquisire informazioni;
- sono consapevoli che la decisione sull'accettazione della presente Proposta spetta unicamente a MetLife e che, qualora quest'ultima fosse costretta ad applicare una maggiorazione di Premio, escludere determinate patologie, differire o rifiutare l'assicurazione proposta, non è tenuta ad indicarne i motivi;
- sono consapevoli che la presente Proposta, con tutti i relativi allegati, non sarà restituita da MetLife;
- sono consapevoli che MetLife comunicherà il proprio obbligo, unitamente alle condizioni di accettazione del rischio, tramite apposita lettera di conferma;
- sono consapevoli che la Polizza sarà attiva dalla data comunicata da MetLife al Contraente con lettera di conferma; tuttavia, qualora il pagamento della prima rata di Premio dovesse essere effettuato successivamente, la data di Decorrenza della Polizza sarà quella di pagamento del Premio.

Il **Contraente** dichiara di aver fornito a MetLife le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto con tali richieste ed esigenze prima della sottoscrizione, ai sensi degli artt. 58 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018.

Data (gg/mm/aa) Firma Contraente

Data (gg/mm/aa) Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

Il **Contraente** e l'**Assicurato** dichiarano di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di assicurazione contenute nel Set informativo e di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: art. 2 - Perfezionamento, inizio e termine della Polizza; art. 3 - Premio assicurativo; art. 6 - Aggravamento e diminuzione del rischio; art. 8 - Prescrizione; art. 9 - Risoluzione delle controversie; art. 15 - Persone assicurabili; art. 16 - Carenza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie; art. 17 e seguenti della Sezione III - Prestazioni assicurate; art. 22 - Denuncia di Sinistro; art. 23 - Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro.

Data (gg/mm/aa) Firma Contraente

Data (gg/mm/aa) Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (da compilare se il Contraente coincide con l'Assicurato)

Il **Contraente**, 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.), dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati:

- Dà Nega il consenso al trattamento delle **particolari categorie di dati, necessario per la conclusione e gestione del contratto**
- Dà Nega il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà Nega il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa) Firma Contraente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (da compilare se il Contraente è persona diversa dall'Assicurato)

Il **Contraente**, 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.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati:

- Dà Nega il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà Nega il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa) Firma Contraente

L'**Assicurato**, 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.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto:

- Dà Nega il consenso al trattamento delle **particolari categorie di dati, necessario per la conclusione e gestione del contratto**
- Dà Nega il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà Nega il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa) Firma Assicurato

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

STATO DI FUMATORE / NON FUMATORE

L'Assicurato dichiara di:

- essere fumatore, ovvero di aver fumato (sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipa, ecc.) anche sporadicamente, nel corso degli ultimi 2 anni o di aver smesso di fumare su consiglio medico;
- non essere fumatore, ovvero di non aver fumato (sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipa, ecc.) neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 2 anni e di non aver smesso di fumare su consiglio medico.

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato

DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Le Formalità di assunzione del rischio e le modalità di perfezionamento della Polizza variano in base all'età dell'Assicurato e all'importo da assicurare.

Si rende noto che gli eventuali originali delle visite mediche e degli esami clinici forniti a MetLife vengono da essa trattenuti a titolo definitivo poiché diventano parte integrante del Contratto.

Qui di seguito l'elenco degli **accertamenti sanitari richiesti**:

Nel caso in cui dall'esame della documentazione medica ricevuta dovessero emergere fattori di rischio, MetLife si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione e/o accertamenti sanitari, applicare un sovrappremio, escludere specifici rischi o rifiutare l'assunzione del rischio. MetLife si riserva, inoltre, la facoltà di valutare il rischio derivante dall'esercizio di attività professionali e sport amatoriali e/o professionali dietro compilazione degli appositi questionari sulle attività/sport svolti, oppure di richiedere la compilazione di appositi questionari finanziari.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE**Polizza Malattia You Well**

Questo documento è stato realizzato in data 15/12/2023 ed è l'ultimo disponibile



Ti informiamo che puoi accedere in ogni momento alle informazioni ed alle comunicazioni periodiche relative alla tua Polizza attraverso l'area riservata **MyMetLife** sul sito www.metlife.it. Registrati subito con il tuo codice fiscale, indirizzo e-mail e copia di un documento di identità valido.

Polizza N. _____

DATI DEL CONTRAENTE (del delegato o del legale rappresentante in caso di Contraente persona giuridica)

Nome	Cognome	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Codice Fiscale	
Data di Nascita	Comune di Nascita (o stato estero)		Prov.	Cittadinanza
Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente			Professione	
Indirizzo di Residenza		Cap	Comune	Prov. Stato
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)		Cap	Comune	Prov. Stato
Telefono	Cellulare	E-mail		
Documento di Riconoscimento <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente <input type="checkbox"/> Altro		Numero		
Data di Rilascio	Data di Scadenza	Comune (o Stato estero) ed Ente di Rilascio		

DATI DELLA SOCIETÀ (da compilare in caso di Contraente persona giuridica)

Denominazione completa		Numero di Iscrizione Registro Imprese		
Codice Fiscale		Partita Iva		
Indirizzo Sede Legale		Cap	Comune	Prov. Stato
Settore Attività Economica		Codice ATECO		

DATI DELL'ASSICURATO (da compilare se l'Assicurato è persona diversa dal Contraente)

Nome	Cognome	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Codice Fiscale	
Data di Nascita	Comune di Nascita (o stato estero)		Prov.	Cittadinanza
Stato Civile: <input type="checkbox"/> Coniugato/a <input type="checkbox"/> Celibe/Nubile <input type="checkbox"/> Divorziato/a <input type="checkbox"/> Vedovo/a <input type="checkbox"/> Convivente			Professione	
Indirizzo di Residenza		Cap	Comune	Prov. Stato
Indirizzo di Domicilio (se diverso da residenza)		Cap	Comune	Prov. Stato
Telefono	Cellulare	E-mail		
Documento di Riconoscimento <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente		Numero		
Data di Rilascio	Data di Scadenza	Comune (o Stato estero) ed Ente di Rilascio		

DATI DELL'INTERMEDIARIO

Ragione Sociale			Codice	
Indirizzo		Cap	Comune	Prov.

CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA

Garanzia: Malattia grave (Cancro, Infarto del miocardio, Ictus, Parkinson, Malattia dei motoneuroni e Sclerosi laterale amiotrofica)

Capitale assicurato: €

Decorrenza: dalle ore 24.00 del

Durata: annuale con tacito rinnovo

Premio annuale: €

Di cui imposte: €

Frazionamento: Mensile Trimestrale Semestrale

Numero di Rate(*):

Premio di Rata*): €

(*) solo in caso di frazionamento del Premio.

MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio viene corrisposto dal Contraente nella modalità di seguito indicata:

- a MetLife tramite bonifico bancario in favore di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia, Intesa Sanpaolo S.p.A., IBAN IT48 E030 6912 7111 0000 0018 242
- a MetLife tramite Addebito diretto Sepa (SDD) sul conto corrente bancario del Contraente

IBAN:

Mandato per Addebito diretto SEPA

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza: a) MetLife a richiedere alla banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente; b) la banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite da MetLife. Il Contraente ha diritto di ottenere il rimborso dell'addebito in conto, secondo gli accordi ed alle condizioni che regolano il rapporto con la propria banca. Il rimborso deve essere richiesto entro 8 settimane a partire dalla data di addebito.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

- all'Intermediario abilitato all'incasso

AVVERTENZE

- Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente o dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione.
- Prima della sottoscrizione del questionario medico, l'Assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate.
- Anche nei casi non espressamente previsti da MetLife, l'Assicurato può chiedere di essere sottoposto a visita medica per certificare l'effettivo stato di salute, sostenendone i relativi costi.
- Nel caso in cui il Contraente abbia stipulato una o più polizze You Well per il medesimo Assicurato, ai fini dell'individuazione della Formalità di assunzione del rischio da espletare, occorrerà sommare l'importo già assicurato con il nuovo importo da assicurare.
- La Polizza prevede un periodo di Carenza a partire dalla data di decorrenza della copertura assicurativa qualora sia stato stipulato senza effettuare alcuna visita medica.

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO

INFORMATIVA CONTRATTUALE E PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara:

- di aver ricevuto copia dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo **You Well - Mod. YWF2F Ed. 2023/12**, ai sensi degli artt. 56 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018:
 - in formato cartaceo elettronico (e-mail), in caso di sottoscrizione del Certificato di assicurazione di persona;
 - in formato **elettronico (e-mail)**, in caso di sottoscrizione del Certificato di assicurazione a distanza, con facoltà di richiedere gratuitamente una copia in formato cartaceo;
- di aver consegnato copia della predetta documentazione all'Assicurato, se persona diversa dal Contraente.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA

Il Contraente e l'Assicurato:

- riconoscono che tutte le informazioni e le dichiarazioni rese nel presente Certificato - anche se materialmente apposte da altri - sono veritiere e che non è stata omessa o taciuta alcuna circostanza;
- sono consapevoli che tutte le informazioni ed i dati richiesti sono elementi essenziali e necessari per la corretta valutazione del rischio da parte di MetLife e che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte di MetLife possono comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.;
- prosciogliono dal segreto professionale e legale i medici che possono o potranno averli curati e/o visitati, nonché altre persone, ospedali, case di cura ed istituti in genere ai quali MetLife, anche dopo l'eventuale Sinistro, credesse di rivolgersi per acquisire informazioni;
- sono consapevoli che la Polizza sarà attiva dalla sottoscrizione del presente Certificato; tuttavia, qualora il pagamento della prima rata di Premio dovesse essere effettuato successivamente, la data di Decorrenza della Polizza sarà quella di pagamento del Premio.

Il **Contraente** dichiara:

- di aver fornito a MetLife le informazioni necessarie alla valutazione delle proprie richieste ed esigenze di copertura assicurativa, nonché alla verifica della coerenza del contratto con tali richieste ed esigenze prima della sottoscrizione, ai sensi degli artt. 58 e 74 del Regolamento Ivass n. 40/2018;
- di aver sottoscritto la Polizza You Well, dopo aver preso visione dell'Informativa precontrattuale e del Set informativo relativo al prodotto assicurativo.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

Il **Contraente** e l'**Assicurato** dichiarano di aver preso esatta conoscenza delle Condizioni di assicurazione contenute nel Set informativo e di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., i seguenti articoli delle Condizioni di assicurazione: art. 2 - Perfezionamento, inizio e termine della Polizza; art. 3 - Premio assicurativo; art. 6 - Aggravamento e diminuzione del rischio; art. 8 - Prescrizione; art. 9 - Risoluzione delle controversie; art. 15 - Persone assicurabili; art. 16 - Carezza ed Esclusioni valide per tutte le garanzie; artt. 17 e seguenti della Sezione III - Prestazioni assicurate; art. 22 - Denuncia di Sinistro; art. 23 - Documentazione da allegare alla denuncia di Sinistro.

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (da compilare se il Contraente coincide con l'Assicurato)

Il **Contraente**, 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.), dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati:

- Dà Nega il consenso al trattamento delle **particolari categorie di dati, necessario per la conclusione e gestione del contratto**
- Dà Nega il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà Nega il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (da compilare se il Contraente è persona diversa dall'Assicurato)

Il **Contraente**, 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.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è suo obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati:

- Dà Nega il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà Nega il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa)

Firma Contraente

L'**Assicurato**, 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.) dichiara di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte della Rappresentanza Generale di **MetLife Europe d.a.c.** in qualità di Titolare del trattamento - come indicato nell'Informativa Privacy allegata alle Condizioni di assicurazione a lui consegnate e consultabili su www.metlife.it, nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte, consapevole che il trattamento dei propri dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto:

- Dà Nega il consenso al trattamento delle **particolari categorie di dati, necessario per la conclusione e gestione del contratto**
- Dà Nega il consenso a sottoporre i dati a **profilazione per finalità commerciali, anche attraverso decisioni automatizzate**
- Dà Nega il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali e pubblicitarie, vendita diretta e ricerche di mercato** con modalità di contatto automatizzate o tradizionali

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato (se diverso dal Contraente)

ASSUNZIONE DEL RISCHIO

STATO DI FUMATORE / NON FUMATORE

L'**Assicurato** dichiara di:

- essere fumatore, ovvero di aver fumato (sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipa, ecc.) anche sporadicamente, nel corso degli ultimi 2 anni o di aver smesso di fumare su consiglio medico;
- non essere fumatore, ovvero di non aver fumato (sigarette, sigarette elettroniche, sigari, pipa, ecc.) neanche sporadicamente, nel corso degli ultimi 2 anni e di non aver smesso di fumare su consiglio medico.

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato

QUESTIONARIO MEDICO

Gentile Cliente, la compilazione del presente questionario ha lo scopo di acquisire informazioni sul suo stato di salute e sulle sue abitudini di vita per consentire a MetLife di effettuare una corretta valutazione dei rischi che assume con la polizza. Le chiediamo pertanto di rispondere in maniera consapevole e veritiera alle domande riportate di seguito, informandola che **eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa**, ai sensi dell'art. 1892 e seguenti del Codice civile.

1) La mia altezza in centimetri è pari a _____ e il mio peso in chilogrammi è pari a _____

2) Pratica sport come attività subacquee e/o alpinismo sopra i 1500 metri d'altezza? Sì No

3) Ha subito ricoveri o interventi chirurgici **negli ultimi 5 anni** o è **attualmente** in attesa di ricovero (salvo che per i seguenti casi: appendicite; ernie addominali/inguinali; adenoidi; tonsille; deviazione del setto nasale; meniscectomia o rottura dei legamenti del ginocchio; parto senza complicanze; cure dentali; chirurgia estetica; eventi di natura traumatica)? Sì No

4) Negli **ultimi 5 anni**, ha interrotto la sua attività lavorativa per più di **un mese** per problemi di salute (salvo che per eventi di natura traumatica)? Sì No

5) Negli **ultimi 10 anni** (o negli **ultimi 5 anni** in caso di diagnosi formulata prima dei 21 anni di età) ha ricevuto una diagnosi, ha sofferto o è stato sottoposto a ricoveri, cure o esami per cancro, tumori, neoplasie, leucemie o linfomi? Sì No

6) Negli **ultimi 10 anni** ha ricevuto una diagnosi, ha sofferto o è stato sottoposto a ricoveri, cure o esami, per almeno una delle seguenti malattie?

a) Bronchiti croniche o ricorrenti, broncopneumopatia, polmonite, asma, enfisema, sarcoidosi o sindrome acuta respiratoria? Sì No

b) Infarto miocardico, coronaropatia, angina pectoris, valvulopatie, ipertensione non controllata, cardiomiopatie o aritmie? Sì No

c) Ictus o attacco ischemico transitorio (TIA), aneurisma o emorragia cerebrale? Sì No

d) Diabete, ipercolesterolemia non controllata, alterazioni dell'ipofisi, del surrene o della tiroide? Sì No

e) Epatite B o C o cirrosi epatica, epatopatia alcolica, pancreatite, morbo di Crohn o colite ulcerosa? Sì No

f) Artriti, altre malattie o disturbi dell'apparato muscoloscheletrico? Sì No

g) Insufficienza renale, malattia renale richiedente dialisi o glomerulonefrite? Sì No

h) Trapianto d'organo? Sì No

i) Paralisi, paraplegia, epilessia, sclerosi multipla, malattia demielinizzante, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer, demenza, malattia dei motoneuroni (compresa SLA), malattia di Huntington o altre malattie neurologiche? Sì No

j) Anemie, emorragie o altre malattie del sangue? Sì No

k) Malattie autoimmuni (artrite reumatoide, artrite psoriasica, lupus, spondilite anchilosante, ecc.), infezioni da HIV, AIDS e malattie correlate? Sì No

7) Durante l'**ultimo anno**, si è sottoposto a indagini diagnostiche particolari ad esempio risonanza magnetica, ecografie, TAC, coronarografie, scintigrafie, radiografie, mammografie, biopsie, colonscopia, ECG al cicloergometro, PAP test o PSA, che abbiano dato esiti fuori dalla norma, oppure è in attesa di effettuare visite mediche specialistiche o indagini diagnostiche particolari (esclusi esami per infortunio senza postumi, ernie al disco, meniscopatia e lesioni ai legamenti)? Sì No

8) Soffre di malattie per cui è necessaria una terapia medica (farmacologica e non) per un periodo continuativo di **oltre 21 giorni** (ad eccezione di anticoncezionali, antistaminici, farmaci per la tiroide, farmaci per la ipercolesterolemia, farmaci per la pressione purché i valori della pressione siano mantenuti nella norma dalla terapia)? Sì No

9) Nella sua parentela consanguinea di primo grado (padre, madre, fratelli, sorelle) ci sono stati casi di infarto, coronaropatia, cardiomiopatia, ictus, rene policistico, tumori maligni, morbo di Parkinson, malattia di Alzheimer, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) o malattia dei motoneuroni diagnosticate in qualsiasi età? Sì No

10) È portatore di invalidità/inabilità di qualsiasi grado, entità o genere oppure percepisce una pensione o assegno di invalidità/inabilità derivante da malattia? Ha mai presentato domanda per ottenere il riconoscimento dell'invalidità/inabilità oppure della pensione o assegno di invalidità/inabilità derivante da malattia? Sì No

Con la presente sottoscrizione confermo la correttezza delle risposte sopra rese e dichiaro di essere consapevole che tutte le informazioni e i dati richiesti sono elementi essenziali e necessari per la corretta valutazione del rischio da parte di MetLife.

Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurato

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



