



Wecare Salute per me

Contratto di assicurazione indennitaria
per intervento chirurgico
ricovero da infortunio e ingessatura

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- **Nota Informativa, comprensiva di Glossario**
- **Condizioni di Assicurazione**
- **Certificato di Assicurazione (Fac-simile)**

**deve essere consegnato al Contraente prima che questi
sia vincolato dal contratto di assicurazione a distanza.**

**Avvertenza: prima della sottoscrizione leggere
attentamente la Nota Informativa.**

Mod. WSMFN06 Ed. 01/2017

Prima di far sottoscrivere una proposta o, qualora non prevista, un contratto di assicurazione, gli intermediari consegnano al contraente una copia della presente informativa

COMUNICAZIONE INFORMATIVA SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI AI SENSI DEL REG. ISVAP 5/2006 ART. 49 – ALL. 7A

Ai sensi delle disposizioni del d. lgs. n. 209/2005 (Codice delle assicurazioni private) e del regolamento ISVAP n. 5/2006 in tema di norme di comportamento che devono essere osservate nell'esercizio dell'attività di intermediazione assicurativa, gli intermediari:

- a. prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, consegnano al contraente copia del documento (Allegato n. 7B del citato regolamento ISVAP) che contiene notizie sull'intermediario stesso, sulle potenziali situazioni di conflitto di interessi e sulle forme di tutela del contraente;
- b. prima della sottoscrizione della proposta di assicurazione o, qualora non prevista, del contratto, illustrano al contraente - in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile - gli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche, alla durata, ai costi, ai limiti di copertura, agli eventuali rischi finanziari connessi alla sua sottoscrizione e ad ogni altro elemento utile a fornire un'informativa completa e corretta;
- c. sono tenuti a proporre o consigliare contratti adeguati alle esigenze di copertura assicurativa e previdenziale del contraente, nonché, ove appropriato in relazione alla tipologia del contratto, alla sua propensione al rischio; a tal fine acquisiscono dal contraente stesso ogni informazione che ritengono utile;
- d. informano il contraente della circostanza che il suo rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste pregiudica la capacità di individuare il contratto più adeguato alle sue esigenze; nel caso di volontà espressa dal contraente di acquisire comunque un contratto assicurativo ritenuto dall'intermediario non adeguato, lo informano per iscritto dei motivi dell'inadeguatezza;
- e. consegnano al contraente copia della documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni, copia del contratto stipulato e di ogni altro atto o documento da esso sottoscritto;
- f. possono ricevere dal contraente, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:
 1. assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
 2. ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
 3. denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto



INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO

Ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente

A. Dati dell'intermediario

Denominazione sociale
BANCA POPOLARE DI MILANO S.p.A.

Iscrizione RUI
D000070762 Data **12/02/2007** Sezione: **D**

Sede legale
Milano, Piazza F. Meda 4

Sito internet
www.bpm.it
www.webank.it

Telefono
+390277001

Indirizzo e-mail
servizioclientibpm@bpmgroup.it

Indirizzo di Posta Elettronica Certificata
assicurazioni@pec.bpm.it

B. Denominazione sociale dell'impresa di cui sono offerti i prodotti

MetLife Europe d.a.c.

C. Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni- Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma

GLI ESTREMI IDENTIFICATIVI E DI ISCRIZIONE DELL'INTERMEDIARIO POSSONO ESSERE VERIFICATI CONSULTANDO IL REGISTRO UNICO DEGLI INTERMEDIARI ASSICURATIVI E RIASSICURATIVI SUL SITO INTERNET DELL'IVASS (www.ivass.it).

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

- a) Banca Popolare di Milano S.p.A. , non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di MetLife Europe d.a.c.;
- b) né MetLife Europe d.a.c. né alcuna altra impresa di assicurazione o impresa controllante un'impresa di assicurazione sono detentrici di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto dell'intermediario;
- c) con riguardo al contratto proposto, si informa che l'intermediario propone i contratti di MetLife Europe d.a.c. in virtù di un accordo di intermediazione assicurativa senza vincolo di esclusiva . Per completezza di informazione, si specifica che Banca Popolare di Milano S.p.A. ha in essere contratti di intermediazione anche con altre imprese di assicurazione, il cui elenco è disponibile alla pagina <https://www.webank.it/webankpub/wbresp/t1/assicurazioni.do> e/o <http://www.bpm.it/it-com/privati-e-famiglie/assicurazioni/in-primo-piano.html>

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

E' facoltà del contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto:

- **all'impresa preponente**, se l'oggetto del reclamo è relativo al comportamento dell'impresa stessa, con le seguenti modalità e, indifferentemente, a uno dei seguenti recapiti:
MetLife Europe d.a.c.
Ufficio Reclami
Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma
Pec: reclami@metlife.it
Fax 06.49216300
Email: reclami@metlife.it
- **all'intermediario**, se l'oggetto del reclamo è relativo al comportamento dell'intermediario stesso o dei suoi dipendenti o collaboratori, con le seguenti modalità e indifferentemente a uno dei seguenti recapiti:
lettera raccomandata A/R indirizzata a:

Banca Popolare di Milano S.p.A.
Ufficio Reclami
Piazza Filippo Meda n. 4, 20121 MILANO
Pec: bpm.gestionereclami@pec.bpm.it
Fax: 02.77002799
E-mail: reclami@bpm.it

Qualora il contraente non dovesse ritenersi soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro il termine massimo di 45 giorni, lo stesso potrà rivolgersi all'IVASS

- Servizio Tutela del Consumatore (se il reclamo è relativo al comportamento dell'Impresa) ovvero
- Servizio Vigilanza Intermediari (se il reclamo è relativo al comportamento dell'Intermediario)

Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma, utilizzando il modulo a tal fine predisposto dall'Istituto reperibile sul sito dello stesso ed allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa preponente.

La presentazione del reclamo all'IVASS può avvenire anche via PEC o tramite fax rispettivamente all'indirizzo o al numero indicati sul sito internet dell'Istituto. In caso di invio tramite PEC è opportuno che gli eventuali allegati al messaggio PEC siano in formato PDF.

Il cliente potrà, inoltre, rivolgersi ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale, dettagliati nella documentazione pre-contrattuale e contrattuale di polizza. Le informazioni in merito alle procedure di reclamo e ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie sono, inoltre, reperibili al seguente link: <http://www.bancobpm.it/it-ist/reclami/> e nelle agenzie della Banca oltre che nella documentazione pre-contrattuale e contrattuale di polizza.

Nota Informativa

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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima che questi sia vincolato dal contratto di assicurazione a distanza.

La Nota Informativa si articola in 3 sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. INFORMAZIONI GENERALI

La denominazione sociale della Compagnia di cui sono offerti i prodotti assicurativi è METLIFE EUROPE d.a.c. .

METLIFE EUROPE d.a.c. è una società di capitali costituita in Irlanda ed iscritta al registro delle imprese istituito presso l'ufficio del Registro delle Imprese Irlandese, con numero di iscrizione 415123, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2 e capitale sociale autorizzato pari a € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 635.000 emesse. 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 VI, così come definiti ai sensi della Direttiva comunitaria 2002/83CE in materia di assicurazione sulla vita, e l'attività assicurativa nei rami danni 1 e 2, così come definiti ai sensi della Direttiva comunitaria 73/239/CE in materia di assicurazione diretta diversa dall'assicurazione sulla vita.

La Rappresentanza Generale per l'Italia della METLIFE EUROPE d.a.c. è iscritta dal 10 ottobre 2012 nell'elenco delle imprese di assicurazioni ammesse da IVASS ad operare in Italia in regime di stabilimento al n. I.00110 nonché al Registro delle Imprese di Roma al n. 12083481007 e ha sede in Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Tel. 06.492161, Fax 06.49216300. Nel sito internet www.metlife.it all'interno della sezione "Assistenza clienti" sono presenti tutti i riferimenti utili per contattare la Compagnia.

2. INFORMAZIONI SULLA SITUAZIONE PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Il patrimonio netto di MetLife Europe d.a.c. alla data del 31 dicembre 2015 è pari a € 710.467.000,00 e comprende capitale sociale emesso pari ad € 4.152.000,00 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 4.152.000 emesse, e altre riserve pari a € 706.315.000,00. L'indice di solvibilità di MetLife Europe d.a.c., ossia il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente, è pari al 193%.

B. Informazioni sul contratto

AVVERTENZA

La durata della polizza, a partire dalla data di conclusione del contratto, è illimitata, fermi restando i limiti di età previsti all'Art. 22 delle condizioni di assicurazione. Tuttavia il Contraente può disdire il contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione secondo le modalità e nei termini indicati nell'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE - LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

3.1 LA COMPAGNIA GARANTISCE ALL'ASSICURATO:

- in caso di intervento chirurgico reso necessario da infortunio o malattia improvvisa, un indennizzo determinato in misura fissa e forfettaria in base alla classe di appartenenza dell'intervento subito, come specificato nel "Nomenclatore degli Interventi Chirurgici";
 - una diaria per ogni giorno di ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura, reso necessario da infortunio;
 - una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia portatore di ingessatura o di tutore immobilizzante.
- La liquidazione per intervento chirurgico avverrà con diverse modalità a seconda dell'intervallo tra uno o più interventi. L'ammontare delle diarie viene erogato per ogni giorno di degenza o ingessatura dovute ad infortunio con i seguenti limiti:
- diaria da ricovero a seguito di infortunio: con il limite massimo di € 1.500,00 annui, indipendentemente dal numero degli eventi;
 - diaria giornaliera a seguito di immobilizzazione: con il limite di € 750,00 annui, indipendentemente dal numero degli eventi.

AVVERTENZA

Le garanzie previste dal presente contratto si intendono operanti:

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

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

1° CASO - DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Considerato un capitale assicurato pari a € 100,00 giornaliere, qualora in conseguenza di un evento indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato venga ricoverato in Istituto di Cura pubblico o privato, la Compagnia corrisponde la diaria garantita, per ciascun giorno di degenza completa di pernottamento. Ad esempio nel caso di ricovero avente una durata pari a 10 giorni, verranno indennizzate € 1.000,00.

2° CASO - DIARIA DA GESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Considerato un capitale assicurato pari a € 50,00 giornalieri, qualora in conseguenza di infortuni comportante una frattura, l'Assicurato sia portatore di ingessatura o di tutore immobilizzante, la Compagnia corrisponde l'indennità dal giorno dell'applicazione fino alla rimozione dell'ingessatura. Ad esempio nel caso venga applicato un tutore immobilizzante per una durata pari a 10 giorni, verranno indennizzate € 500,00.

3° CASO - INTERVENTO CHIRURGICO A SEGUITO DI INFORTUNIO O MALATTIA IMPROVVISA

Considerato un intervento in classe 4 opzione standard in base al "Nomenclatore degli Interventi Chirurgici", qualora in conseguenza di un evento indennizzabile a termini di polizza l'Assicurato subisca un intervento in Istituto di Cura pubblico o privato, la Compagnia corrisponde una cifra fissa e forfettaria di € 3.000,00, indipendentemente dal fatto che l'Assicurato abbia sostenuto o meno una spesa.

Si rinvia agli Artt. 26, 27, 28, 29 e 30 delle Condizioni di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

AVVERTENZA

La polizza prevede le esclusioni e le limitazioni rispettivamente indicati dagli Artt. 21, 23, 24 e 25 delle Condizioni di Assicurazione. I limiti di età sono riportati all'Art. 22 delle Condizioni di Assicurazione.

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

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze rese dal Contraente, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato di cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o colpa grave, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1892 c.c. e dell'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Compagnia potrà esercitare il diritto di recesso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1893 c.c. e dell'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA

Il contratto è nullo se il rischio non è mai esistito o ha cessato di esistere prima della conclusione del contratto, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1895 c.c. e dell'Art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

5. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile. **Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi dell'Art. 24, ed è da considerare immediatamente sospesa qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.**

6. PREMI

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di assicurazione. Il Premio viene pagato tramite addebito automatico sul conto corrente aperto dal Contraente presso Banca Popolare di Milano S.p.A. tramite il Servizio Webank, con la frequenza prescelta dal Contraente medesimo ed indicata nel Certificato di assicurazione, e versato dall'Intermediario all'Assicuratore. Qualora il saldo del conto corrente non fosse sufficiente a coprire la rata di premio dovuta, l'Intermediario, su richiesta di quietanzamento da parte dell'Assicuratore, provvederà ad effettuare 2 ulteriori tentativi di prelievo a distanza di 7 giorni ciascuno. Ove anche il terzo tentativo di prelievo non dovesse andare a buon fine, il pagamento potrà avvenire solo previa richiesta scritta del Contraente all'Assicuratore. L'Assicuratore consente il frazionamento mensile, trimestrale o semestrale del premio senza oneri aggiuntivi a carico del Contraente. Il primo mese di copertura è gratuito.

7. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il Premio e le somme assicurate non sono soggette ad adeguamento in base all'evoluzione dell'indice dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati elaborato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT).

8. DIRITTO DI RECESSO**AVVERTENZA**

Il Contraente ha diritto di recedere entro 60 giorni dalla data di conclusione del contratto secondo le modalità e nei termini indicati all'Art. 5 delle Condizioni di Assicurazione. Il Contraente potrà altresì disdire il contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione attraverso le modalità e nei termini indicati nell'Art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

9. MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a consegnare al Contraente un'apposita appendice integrativa, nel caso in cui si renda necessario aggiornare le informazioni contenute nel Fascicolo Informativo o nel Certificato di Assicurazione.

La Compagnia comunica per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche dovute a modifiche delle norme di interesse, successive alla conclusione del contratto.

AVVERTENZA

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

10. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

La copertura decade, per il singolo assicurato, qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

11. LEGGE APPLICABILE

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

12. REGIME FISCALE

Al presente contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, si applica la normativa fiscale italiana così come disciplinata dal Testo Unico delle Imposte sui Redditi (TUIR).

I premi per le garanzie del Ramo Danni sono soggetti ad una imposta sulle assicurazioni pari al 2,5% dell'ammontare dei premi.

c. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

13. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

AVVERTENZA

Ai fini della presente polizza il sinistro si intende verificato il giorno dell'infortunio o del ricovero per malattia improvvisa.

La denuncia deve essere presentata ai sensi dell'Art. 31 utilizzando il Modulo di Denuncia Sinistro.

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

L'Assicurato autorizza la Compagnia ad accedere a tutta la documentazione medica utile e/o necessaria ai fini dell'accertamento dell'esistenza del diritto alla liquidazione dell'indennizzo e, a tal fine, sciogliendo i sanitari coinvolti dal rispetto del segreto professionale.

14. RECLAMI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

15. ARBITRATO

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento, le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio Medico. Il Collegio Medico risiede nel Comune, Sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza degli aventi diritto. Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico, esclusa ogni solidarietà.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

AVVERTENZA

Le Parti conservano in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

Glossario

ASSICURATO: il cliente di Banca Popolare di Milano S.p.A. che abbia aperto un conto corrente tramite il Servizio Webank e che abbia aderito alla polizza assicurativa "Wecare Salute per me" sottoscrivendo il Certificato di Assicurazione.

BENEFICIARIO: l'Assicurato stesso.

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

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE: Il documento che prova l'assicurazione.

COLLOCAMENTO DEL CONTRATTO MEDIANTE HOME BANKING: tecnica di comunicazione a distanza utilizzata per la conclusione delle singole applicazioni del presente contratto in coerenza a quanto previsto dall'art. 13 del Reg. IVASS n. 34/2010.

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

CONTRAENTE: la persona alla quale è intestato il contratto e che corrisponde il relativo premio.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE A DISTANZA: il contratto di assicurazione sulla vita o contro i danni stipulato dalla Compagnia e dall'Assicurato nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dall'Intermediario che, per tale contratto, impiega esclusivamente una o più tecniche di comunicazione a distanza fino alla conclusione del contratto, compresa la conclusione del contratto stesso.

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE: contratto con il quale la Compagnia, a fronte del pagamento del premio, si impegna a pagare la prestazione assicurata al verificarsi di un evento garantito, secondo i termini contrattuali previsti.

CODICE DELLE ASSICURAZIONI: Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

DAY HOSPITAL: degenza diurna senza pernottamento.

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

DIARIA DA RICOVERO: indennità giornaliera prevista in caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di Cura a seguito di infortunio.

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

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

FASCICOLO INFORMATIVO: l'insieme della documentazione informativa da consegnare all'Assicurato, composto da: Nota informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione e Certificato di Assicurazione.

FRANCHIGIA: la parte del danno, espressa in cifra fissa o in percentuale, che in caso di sinistro indennizzabile rimane a carico dell'Assicurato.

FRATTURA: una soluzione discontinua con l'osso, parziale o totale, con o senza spostamento, prodotta da una causa violenta, fortuita ed esterna.

GECCO: applicazione permanente e inamovibile di mezzo di contenzione costituito da fasce o docce confezionate con gesso o schiuma di poliuretano o fibre di vetro associate a resina poliuretanica.

INDENNIZZO: somma dovuta dalla Compagnia a titolo di ristoro del danno subito da un proprio Assicurato al verificarsi del sinistro indennizzabile ai fini del presente Contratto di Assicurazione.

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

INTERMEDIARIO: Banca Popolare di Milano S.p.A. Sede Sociale e Direzione Generale Piazza F. Meda, 4 - 20121 Milano(MI), iscritta alla sezione D del Registro Unico degli Intermediari Assicurativi e Riassicurativi, N. D000070762, in data 12/02/2007.

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

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

IVASS (GIÀ ISVAP): Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo.

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

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

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

MALATTIA MENTALE O NERVOSA: ogni patologia mentale e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricompresa nell'articolo V della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10 del OMS) e successive modifiche.

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

NOMENCLATORE: Mod. WSNMN02 Ed. 11/2012 l'elenco di interventi chirurgici classificati per tipologia e suddivisi per classi di indennizzo.

PARTI: Il Contraente e la Compagnia che sottoscrivono il contratto di assicurazione.

PREMIO: importo dovuto dal Contraente alla Compagnia.

PRESTAZIONI ASSICURATE: la somma che la Compagnia si impegna a pagare a termini di polizza, differenziata per ciascuna garanzia prestata, indicata nel Certificato di Assicurazione.

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

PROGRAMMA ASSICURATIVO: insieme delle garanzie assicurative offerte dalla Compagnia.

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

SCADENZA: data in cui cessano gli effetti del contratto.

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

SINISTRO: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SUPPORTO DUREVOLE: qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

TECNICA DI COMUNICAZIONE A DISTANZA: qualunque mezzo che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per il perfezionamento del contratto e la trasmissione delle comunicazioni ad esso inerenti.

La Compagnia è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

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

I dati contenuti nella Nota Informativa sono stati aggiornati in data 01.01.2017.

Il Rappresentante Legale
Maurizio Taglietti



Condizioni di Assicurazione

A. Condizioni Generali di Assicurazione

ART. 1 - BASE DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è assunta dalla Compagnia in base alle dichiarazioni effettuate dal Contraente della cui veridicità si assume la responsabilità.

AVVERTENZA

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

ART. 2 - MODALITÀ DI PERFEZIONAMENTO DEL CONTRATTO PER L'ASSICURATO – DECORRENZA

Il Contratto viene concluso con modalità di collocamento a distanza tramite Home Banking.

Terminata positivamente la fase della preventivazione, il Contraente potrà ricevere dalla Compagnia la documentazione precontrattuale e contrattuale comprensiva del Certificato di Assicurazione secondo i modi ed entro i termini previsti dal Regolamento IVASS n. 34/2010. Su richiesta del Contraente, la documentazione potrà essere inviata su supporto cartaceo o altro supporto durevole.

Il Contraente è tenuto a firmare e rinviare alla Compagnia il Certificato di Assicurazione. Il contratto si intenderà comunque perfezionato anche qualora il Contraente non rinviasse il documento debitamente firmato.

Il contratto decorre dalle ore 24.00 del giorno di decorrenza indicato nel Certificato di Assicurazione.

Il primo mese di assicurazione è gratuito.

ART. 3 - DURATA DEL CONTRATTO E PROROGA

La durata della Polizza, a partire dalla data di conclusione del contratto, è illimitata, fermi restando i limiti di età previsti dall'Art. 22. Tale durata è suddivisa in periodi di assicurazione ricorrenti determinati in base alla frequenza di pagamento del premio di assicurazione pagato in via anticipata dal Contraente, e può essere interrotta:

- dal Contraente ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione, restando inteso che la Polizza resterà attiva per il periodo per il quale è stato già corrisposto il premio;
- dalla Compagnia almeno 30 giorni prima di ogni ricorrenza annuale successiva alla data di conclusione del contratto.

L'assicurazione cessa alla prima ricorrenza di premio successiva alla data del sinistro mortale. In tal caso, non saranno richiesti i premi successivi riferibili all'annualità di polizza in corso al momento del verificarsi del sinistro. Qualora i premi indicati siano stati versati o erroneamente addebitati, la Compagnia si impegna a restituirli al lordo delle imposte.

ART. 4 - MANCATO PAGAMENTO DEI PREMI

Qualora alla scadenza della rata il saldo del conto corrente non fosse sufficiente a coprire la rata di premio dovuta, Banca Popolare di Milano S.p.A. provvederà ad effettuare due ulteriori tentativi di prelievo a distanza di 7 giorni ciascuno. Ove anche il terzo tentativo di prelievo non andasse a buon fine, il pagamento potrà avvenire solo previa richiesta scritta da parte del Contraente che avrà cura di inviare detta richiesta scritta alla Compagnia, ferme le successive scadenze (art.1901 Codice Civile).

Il pagamento effettuato secondo le modalità sopra indicate costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza.

ART. 5 - DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente ha diritto di recedere dal presente contratto entro 60 giorni dalla data di conclusione del medesimo, inviando alla Compagnia MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia Via Andrea Vesalio 6 - 00161 Roma una lettera raccomandata A.R. oppure comunicando la propria volontà al numero verde 800.478.300. In tal caso, sarà restituito all'Assicurato il premio eventualmente già pagato, al lordo delle imposte di Legge.

Il Contraente potrà altresì recedere dal presente contratto ad ogni ricorrenza di pagamento del premio di assicurazione, inviando la relativa richiesta almeno 60 giorni prima della suddetta ricorrenza alla Compagnia MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia Via Andrea Vesalio 6 - 00161 Roma, una lettera raccomandata A.R., oppure comunicando la propria volontà al numero verde 800.478.300.

Il tal caso, i premi versati e maturati relativamente a periodi di assicurazione già conclusi o in corso al momento della richiesta di recesso dal contratto resteranno acquisiti dalla Compagnia.

In caso di risoluzione del contratto per fatto del Contraente, questi dovrà corrispondere alla Compagnia, oltre alle rate di premio giunte a scadenza e rimaste insoddisfatte, il premio relativo al periodo di assicurazione in corso, sino al momento in cui si è verificata la causa che ha dato motivo alla risoluzione.

ART. 6 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO - NULLITÀ

Ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice civile, le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, al momento della sottoscrizione del Certificato di Assicurazione, relative a circostanze tali che la Compagnia non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato di cose, sono causa di annullamento del contratto ove l'Assicurato abbia agito con dolo o colpa grave, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1892 del Codice.

Se l'Assicurato ha agito senza dolo o colpa grave, la Compagnia potrà esercitare il diritto di recesso, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1893 del Codice Civile.

Il contratto di assicurazione è nullo, ai sensi e per gli effetti dell'Art. 1895 del Codice Civile, quando il rischio assicurato non sia mai esistito o abbia cessato di esistere prima della conclusione del contratto.

ART. 7 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

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

Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi dell'Art. 24 delle Condizioni di Assicurazione ed è da considerarsi immediatamente sospesa qualora le condizioni di non assicurabilità siano presenti al momento della sottoscrizione o insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

ART. 8 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

La disciplina di cui all'art. 1897 del Codice civile, in materia di diminuzione del rischio, non trova applicazione con riferimento al presente Contratto, trattandosi di contratto assicurativo a premio e somme assicurate costanti per l'intera durata.

ART. 9 - ONERI FISCALI

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

ART. 10 - LIMITI TERRITORIALI

Il contratto assicura la copertura in relazione agli eventi verificatisi in qualsiasi località del mondo.

Resta convenuto che l'assicurazione si intende valida a favore dell'Assicurato indicato nel Certificato di Assicurazione, **purché residente nel territorio della Repubblica Italiana.**

ART. 11 - RECLAMI

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

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

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

- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali l'Assicuratore non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto);

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami riguardanti le disposizioni del Codice del Consumo relative alla commercializzazione a distanza di prodotti assicurativi;

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

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

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

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

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

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

ART. 12 – RICHIESTE DI INFORMAZIONI

La Compagnia fornisce riscontro per iscritto ad ogni richiesta di informazioni presentata dal Contraente o dagli aventi diritto in merito al rapporto assicurativo entro 20 gg. dalla ricezione della richiesta. Le richieste devono essere inoltrate per iscritto alla Compagnia: MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia Via Andrea Vesalio 6 - 00161 Roma Tel. 06.492161 - Fax 06.49216300 oppure attraverso il sito web all'indirizzo www.metlife.it cliccando su Assistenza Clienti.

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

ART. 13 - PRESCRIZIONE

Ai sensi dell'Art. 2952 comma 1 del Codice civile il diritto al pagamento delle rate di

si prescrive in un anno dalla singole scadenze. Ai sensi del comma 2, gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e dal contratto di riassicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

ART. 14 - FORO COMPETENTE

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

ART. 15 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Fatto salvo quanto previsto agli **Artt. 7, 13, 14** delle Condizioni di Assicurazione tutte le comunicazioni previste dal contratto e dalla Legge, perché siano valide, devono essere fatte con lettera Raccomandata A.R. alla sede della Direzione Generale della Compagnia MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Andrea Vesalio 6 - 00161 Roma o al Contraente. Per la determinazione della data di invio, fa fede il timbro postale dell'ufficio dal quale la lettera raccomandata è stata spedita.

ART. 16 - MODIFICHE DELLE INFORMAZIONI CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO

La Compagnia si impegna a consegnare al Contraente un'apposita appendice integrativa, nel caso in cui si renda necessario aggiornare le informazioni contenute nel Fascicolo Informativo o nel Certificato di Assicurazione.

La Compagnia comunica per iscritto al Contraente le eventuali variazioni delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo anche dovute a modifiche delle norme di interesse, successive alla conclusione del contratto.

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

ART. 17 - PROVA DEL CONTRATTO E RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

ART. 18 - ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI INFORTUNI

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

In nessun caso sarà possibile sottoscrivere per la stessa persona più di una Polizza "Wecare Salute per me" o "Wecare Salute per noi". Qualora tale eventualità dovesse verificarsi la Compagnia considererà valida esclusivamente la polizza sottoscritta con la data di decorrenza più remota.

Su richiesta del Contraente, la Compagnia restituirà, al netto delle imposte, i premi incassati in relazione alle altre polizze stipulate indebitamente.

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

ART. 19 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Compagnia rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalsa previsto dall'art. 1916 del codice civile verso i terzi responsabili dell'infortunio.

B. Condizioni particolari dell'assicurazione

ART. 20 - MODALITÀ ASSUNTIVE

Resta fermo che la copertura non opera a favore di quei soggetti dichiarati "non assicurabili" ai sensi degli Artt. 22 e 24 ed è da considerare immediatamente sospesa qualora le condizioni di non assicurabilità insorgano successivamente alla data di conclusione del contratto.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

ART. 21 - TERMINI DI CARENZA

Le garanzie previste dal presente contratto si intendono operanti:

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

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

ART. 22 - LIMITI DI ETÀ

Sono assicurabili tutte le persone fisiche che alla data di sottoscrizione del contratto abbiano un'età compresa tra 18 e 64 anni non compiuti. Per le persone già assicurate, il contratto cessa alla ricorrenza annuale immediatamente successiva la compimento del 65° anno di età. La cessazione della copertura sarà comunicata dalla Compagnia al Contraente con lettera raccomandata A.R. da inviarsi entro 90 giorni prima della ricorrenza della rata di premio successiva.

Resta fermo che la Compagnia non è tenuta a liquidare i sinistri verificatisi successivamente a tale comunicazione e che restituirà i premi erroneamente corrisposti dal Contraente, oltre il periodo indicato nel comma che precede.

ART. 23 - PATOLOGIE PREESISTENTI

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

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

ART. 24 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, le persone che:

- siano o siano state affette da alcolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.);
- siano portatrici di invalidità permanente di grado pari o superiore ai 2/3 della capacità generica, riconosciuta dall'INPS o da altro Ente previdenziale pubblico.

Al ricorrere di una delle condizioni di non assicurabilità sopra indicate, sia essa preesistente o sopravvenuta in corso di rapporto contrattuale, ogni copertura di polizza dovrà intendersi inefficace, a prescindere dalla circostanza che tale causa di inassicurabilità fosse stata eventualmente dichiarata al momento dell'assunzione del rischio e ciò nonostante il rischio fosse stato erroneamente assunto. Nel caso in cui la causa di inassicurabilità fosse preesistente all'assunzione del rischio ed ignota all'Assicurato, il premio assicurativo non goduto sarà restituito.

Nell'ipotesi di cause di inassicurabilità sopravvenute, l'inefficacia decorrerà dalla data in cui la condizione è divenuta nota o è stata diagnosticata ed al Contraente spetterà il rimborso della quota parte di premio non goduta.

Nessun sinistro potrà essere indennizzato ad un Assicurato per il quale sussista una causa di inassicurabilità, fatta eccezione per i

sinistri eventualmente verificatisi prima della sopravvenienza di una condizione di non assicurabilità in corso di contratto.

ART. 25 - ESCLUSIONI

Fermo quanto disposto all'Art.24, sono esclusi dall'assicurazione le prestazioni previste in polizza subite a seguito di:

- partecipazione a guerra, insurrezione generale, occupazione militare ed invasione (tale esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, etc.);
- eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
- delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a tumulti popolari, sommosse, delitti violenti in genere;
- abuso di psicofarmaci ed uso di sostanze stupefacenti ed allucinogene non assunte a scopo terapeutico;
- ubriachezza accertata;
- suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
- tutte le conseguenze, dirette o indirette, risultanti da un infortunio o da una malattia antecedente alla data di decorrenza della polizza;
- uso, anche come passeggero, di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove;
- uso di deltaplani, ultraleggeri, parapendii, e sport aerei in genere;
- pratica, a qualunque titolo, di sport quali paracadutismo, alpinismo con scalata di rocce o ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), arti marziali in genere, atletica pesante, automobilismo, bob, canoa fluviale, football americano, guidoslitta, hockey a rotelle, hockey su ghiaccio, lotta nelle sue varie forme, motociclismo, motonautica, pugilato, rugby, sati dal trampolino con sci o idrosci, sci, alpinismo, speleologia, sport subaquei con immersioni con autorespiratore;
- partecipazione in qualità di tesserato, sotto l'egida delle relative Federazioni Sportive, a corse, gare e relativi allenamenti di sport quali baseball, calcio, calcio a cinque (e simili), ciclismo, equitazione, pallacanestro, pallamano, pallanuoto, pallavolo, sci e sci nautico;
- pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria.

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

- *infortuni veri# catisi antecedentemente alla data di decorrenza del Programma Assicurativo;*
- *malattie mentali o nervose se causa o concausa dell'Infortunio.*

Sono altresì esclusi i viaggi aerei effettuati:

- *su aeromobili di imprese/aziende di lavoro aereo per voli diversi dal trasporto pubblico passeggeri;*
- *su aeromobili di aeroclubs;*
- *su apparecchi per il volo da diporto o sportivo.*

Sono inoltre esclusi gli interventi:

- di chirurgia plastica o estetica, anche quando conseguenza di un infortunio o malattia;
- finalizzati alla fecondazione o infertilità;
- maternità, gravidanza, aborto;
- per la donazione di organi o tessuti;
- per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione della polizza;
- di chirurgia refrattiva;
- di chirurgia dentale, anche quando conseguenza di un infortunio o malattia;
- correlati alla sindrome da immunodeficienza acquisita;
- correlati a malattie mentali;
- per la riduzione dell'obesità;
- connessi a trattamenti di dialisi.

c. Garanzie

ART. 26 - DETERMINAZIONE DELLE SOMME ASSICURATE

La Compagnia garantisce all'Assicurato:

- in caso di intervento chirurgico reso necessario da infortunio o malattia improvvisa, un indennizzo determinato in misura fissa e forfettaria in base alla classe di appartenenza dell'intervento subito, come specificato nel "Nomenclatore degli Interventi Chirurgici";
- una diaria per ogni giorno di ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura, reso necessario da infortunio;
- una diaria per ogni giorno in cui l'Assicurato, a seguito di infortunio, sia portatore di ingessatura o di tutore immobilizzante.

SOMME ASSICURATE							
INTERVENTI CHIRURGICI	CLASSE DI INTERVENTO						
	1	2	3	4	5	6	7
	€ 300	€ 900	€ 1.500	€ 3.000	€ 4.500	€ 6.000	€ 7.500
DIARIA DA RICOVERO	€ 100						
DIARIA DA GESSO	€ 50						

ART. 27 - DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO DOVUTO PER INTERVENTO CHIRURGICO

L'ammontare dell'indennizzo è prestabilito in misura fissa e forfettaria per tipologia di intervento chirurgico il cui elenco è riportato nel "Nomenclatore degli Interventi Chirurgici". Pertanto, individuata la tipologia a cui appartiene l'intervento, l'indennizzo sarà pari a quello previsto per la corrispondente classe.

ART. 28 - INDENNIZZO PER INTERVENTO CHIRURGICO

L'assicurazione è prestata a condizione che l'intervento cui l'Assicurato è stato sottoposto:

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

La Compagnia garantisce il pagamento dell'indennizzo forfettario corrispondente alla classe di appartenenza dell'intervento chirurgico, in base alle seguenti modalità:

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

d. Norme relative ai sinistri

ART. 29 - DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Compagnia riconosce all'Assicurato una diaria per ogni giorno di ricovero in un Istituto di Cura reso necessario a seguito di infortunio. Ai fini del computo della diaria non potrà tenersi conto del giorno di ingresso e del giorno di dimissione; pertanto saranno computati i soli pernottamenti e non saranno considerati indennizzabili i ricoveri con sole degenze diurne in regime di day hospital. Il limite massimo di indennizzo della presente garanzia, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi, non potrà essere superiore a € 1.500,00 per annualità assicurativa.

L'indennizzo per diaria da ricovero non è cumulabile con quella per diaria da ingessatura.

ART. 30 - DIARIA DA GESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Se, in conseguenza di infortunio comportante una frattura, l'Assicurato sia portatore di ingessatura o di tutore immobilizzante la Compagnia corrisponderà l'indennità dal giorno dell'applicazione fino alla rimozione dell'ingessatura.

Il limite massimo di indennizzo della presente garanzia, indipendentemente dal numero degli eventi occorsi, non potrà essere superiore a € 750,00 per annualità assicurativa. La diaria viene liquidata a seguito della presentazione dei certificati medici attestanti l'avvenuta applicazione e rimozione del gesso o del tutore immobilizzante e dell'esame radiografico attestante la frattura.

L'indennizzo per diaria da ricovero non è cumulabile con quella per diaria da ingessatura. L'Assicurato deve acconsentire a qualsiasi indagine e accertamento che la Compagnia ritenga necessari, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

ART. 31 - DENUNCIA DEL SINISTRO E OBBLIGHI RELATIVI

In caso di sinistro, la denuncia, con l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento e delle cause che lo hanno determinato, deve essere fatta per iscritto entro 60 giorni dall'evento o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, utilizzando l'apposito Modulo di Denuncia Sinistro predisposto dalla Compagnia, corredato della documentazione indicata nella Guida alla compilazione del modulo in funzione del tipo di indennizzo richiesto.

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

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

La Compagnia si riserva la facoltà di richiedere eventuale ulteriore documentazione, oltre a quella riportata nella Guida alla compilazione del modulo.

ART. 32 - COLLEGIO MEDICO

Fatta salva la facoltà dell'Assicurato di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, in caso di controversie mediche sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità da corrispondere all'Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti, 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 di 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. E' data facoltà al Collegio Medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo dell'indennizzabilità dell'evento ad epoca da definirsi dal Collegio stesso; nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

AVVERTENZA

Le Parti conservano in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

I dati contenuti nelle Condizioni di Assicurazione sono stati aggiornati in data 01.01.2017.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D. LGS. N. 196/2003)

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

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

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

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

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

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

A tali scopi potrebbe fornire a MetLife o ai suoi agenti, broker o altri intermediari assicurativi, eventuali dati che la normativa qualifica come "Dati sensibili" indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro). Ai sensi della normativa vigente per "dato sensibile" si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico e sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute (come, ad esempio, alcune informazioni attestanti il suo stato di salute riportate in questionari sanitari, certificati medici o cartelle cliniche) e la vita sessuale (art. 4 co. 1 lett. D) D.Lgs. 196/2003).

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

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

Alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di Nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita ed alla gestione di prodotti assicurativi e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni. Taluni suoi dati potrebbero, inoltre, essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti necessario per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali oltre che per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri e per la condivisione di informazioni connesse alla gestione del contenzioso inerente la polizza stessa o eventuali sinistri. Inoltre, per le suddette finalità, i dati personali relativi al soggetto interessato potranno essere comunicati e trasferiti alle società facenti parte del gruppo MetLife o a loro fornitori, anche fuori dal territorio dell'Unione Europea ed, in particolare, negli Stati Uniti. Relativamente al trasferimento dei dati all'estero, il Titolare garantisce al soggetto interessato la tutela e la modalità di trattamento accordata dalla legge italiana anche nei paesi terzi ove i dati vengono trasferiti.

L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Nostra Società. La invitiamo, pertanto, a prestare alla Nostra Società, attraverso modalità tradizionali o automatizzate, il consenso al trattamento dei suoi dati personali per le finalità e con le modalità sopra descritte nonché al loro trasferimento verso paesi non appartenenti alla UE, ove l'esecuzione del contratto dovesse richiederlo.

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

La prestazione del consenso per tali finalità è facoltativo ma utile per rimanere aggiornato su nuovi prodotti e servizi assicurativi.

Con il suo consenso espresso potremo inoltre utilizzare i suoi dati per analizzare le sue esigenze ed i suoi interessi e per farla partecipare a sondaggi e ricerche di mercato.

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

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

Certificato di Assicurazione

Wecare Salute per me

POLIZZA

Numero di polizza _____

DATI DEL CONTRAENTE

Cognome		Nome		Codice Fiscale	
Sesso: ☐ M ☐ F	Data di nascita	Comune di nascita (o Stato estero)		Professione	
Indirizzo		CAP	Città		Prov.
N. di telefono		Cellulare		E-mail	

CARATTERISTICHE CONTRATTUALI

Garanzie e capitali assicurati:

INTERVENTI CHIRURGICI (per classe di intervento)	1	2	3	4	5	6	7
	€ 300	€ 900	€ 1.500	€ 3.000	€ 4.500	€ 6.000	€ 7.500
DIARIA DA RICOVERO	€ 100						
DIARIA DA GESSO	€ 50						

Decorrenza: dalle ore 24 del _____ Data di scadenza: _____

Frazionamento: _____ Premio: _____

INFORMAZIONI IMPORTANTI

Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle necessità di leggere attentamente le Condizioni di Assicurazioni con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti all'indennizzo, gli obblighi in caso di sinistro, i termini di carenza. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

L'Assicurato ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto.

L'Assicurato dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima dell'adesione, della documentazione precontrattuale nonché del Fascicolo Informativo Mod. WSMFN06 Ed. 01/2017 contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario e le Condizioni di Assicurazione, con particolare riguardo agli articoli concernenti i rischi assicurati e quelli esclusi, gli eventuali limiti all'indennizzo e gli obblighi in caso di sinistro.

Luogo	Data	Firma
-------	------	-------

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato conferma, sotto la propria responsabilità:

- di aver aderito tramite home banking al prodotto assicurativo;
- di aver autorizzato Webank a conservare su supporto durevole l'adesione al contratto;
- di aver fornito a Webank le informazioni necessarie alla verifica sull'adeguatezza del contratto prima dell'adesione tramite web;
- di aver scelto per la trasmissione della documentazione la modalità via ☐ e-mail ☐ posta;
- di essere informato che non potrà sottoscrivere più di una polizza "Wecare Salute per me";
- di aver autorizzato Webank ad addebitare l'importo del premio secondo le modalità indicate nelle Condizioni di Assicurazione;
- di non aver ricevuto disdetta per una polizza malattia da altre compagnie;
- di non aver avuto sinistri per infortuni o malattia comportanti interventi chirurgici negli ultimi 3 anni.

Luogo	Data	Firma
-------	------	-------

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Assicurato conferma di aver fornito a MetLife Europe d.a.c. - Rappresentanza Generale per l'Italia il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nell'Informativa sul Trattamento dei Dati Personali, ai sensi della normativa sulla privacy (D.Lgs. 196/2003).

Luogo	Data	Firma
-------	------	-------

Il Contraente

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