

# Rapporto di Visita Medica

Proposta di assicurazione N. \_\_\_\_\_

## DATI PERSONALI DELL'ASSICURANDO

|  |                   |   |  |
|--|-------------------|---|--|
| Nome:  | Cognome:          | Data di Nascita:                            | Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Professione lavorativa:  |                   | Attività economica Sottogruppo:             |  |
| Documento di Riconoscimento: <input type="checkbox"/> Carta di Identità <input type="checkbox"/> Passaporto <input type="checkbox"/> Patente |                   | Numero:                                     |  |
| Data di Rilascio:  | Data di Scadenza: | Ente di Rilascio e Comune (o Stato Estero): |  |

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO

|  |   |                    |
|--|---|--------------------|
| 1) Nell'ambito della sua professione è esposto a particolari pericoli (ad esempio alta tensione, radiazioni, gas, acidi, armi, sostanze velenose, lavori sotterranei, lavori subacquei, lavori su impalcature, tetti, ponti, ecc.)?                            | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se sì, specificare |
| 2) Viaggia in paesi a rischio per situazione climatica, politico-militare o medico sanitaria?  | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se sì, specificare |
| 3) Ha mai ottenuto un rifiuto o differimento di una richiesta di assicurazione sulla vita oppure un'accettazione a condizioni particolari?   | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se sì, specificare |
| 4) Pratica una o più delle seguenti attività sportive: alpinismo (oltre III grado e/o su ghiaccio o con accesso a ghiacciai) sport aerei, speleologia, automobilismo, motociclismo, motonautica, immersioni subacquee, salti dal trampolino su sci o idroscii? | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se sì, specificare |

## DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO RACCOLTE DAL MEDICO

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 1) Nella Sua parentela consanguinea ci sono stati casi di malattie tra quelle indicate di seguito (casi di diabete, tumori maligni, malattie nervose e mentali, malattie cardiocircolatorie, ictus, malattie renali, sclerosi multipla, ipertensione, malattia di Parkinson, malattia di Alzheimer o malattie ereditarie)? | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Specificare grado di parentela (se vivente o non vivente), quali malattie, a che età e motivo  |   |
| 2) Ha praticato negli ultimi 5 anni accertamenti diagnostici?  | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> elettrocardiogramma<br><input type="checkbox"/> radiografie<br><input type="checkbox"/> TAC, RM, EEG<br><input type="checkbox"/> esami del sangue<br><input type="checkbox"/> analisi delle urine<br><input type="checkbox"/> fundus oculare<br><input type="checkbox"/> markers dell'epatite<br><input type="checkbox"/> altri | Specificare motivo, quando ed esito                                     |
| 3) È mai stato ricoverato in case di cura, ospedali, ecc., per malattie e/o interventi diversi da ernia inguinale, appendicectomia, adenotonsillecotomia?  | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |  | Specificare motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi |
| 4) Ha mai sofferto di tumore o si è mai sottoposto a chemioterapia, radioterapia, terapia ormonale o altri tipi di terapia oncologica?   | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |  | Specificare motivo, dove, quando, per quanto tempo ed eventuali postumi |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 5) Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?                                      | <b>SÌ</b> <b>NO</b>                            | <input type="checkbox"/> della vista<br><input type="checkbox"/> dell'udito<br><input type="checkbox"/> degli arti<br><input type="checkbox"/> altro   | Specificare motivo, quali e quando  |
| 6) Ha subito traumi o lesioni accidentali?   | <b>SÌ</b> <b>NO</b>                            | <input type="checkbox"/> del cranio<br><input type="checkbox"/> degli organi di senso<br><input type="checkbox"/> degli arti<br><input type="checkbox"/> di altre sedi   | Specificare motivo, quali, quando e postumi                                     |
| 7) Fa uso o ha fatto uso di:<br>▪ alcolici?<br>▪ tabacco?                              | <b>SÌ</b> <b>NO</b><br><br><b>SÌ</b> <b>NO</b> |  | Specificare quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera                      |
| 8) Fa uso o ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti (droghe)?                        | <b>SÌ</b> <b>NO</b>                            |  | Specificare quali, periodo (dal/al) e quantità giornaliera                      |
| 9) Fruisce di pensione di invalidità o ha presentato domanda per ottenerla?            | <b>SÌ</b> <b>NO</b>                            | <input type="checkbox"/> per infortuni sul lavoro<br><input type="checkbox"/> per malattie professionali<br><input type="checkbox"/> per infortuni da attività sportive<br><input type="checkbox"/> altre  | Specificare da quando, grado di infermità, parte o organo leso                  |
| 10) È stato riformato alla visita di leva?   | <b>SÌ</b> <b>NO</b>                            |  | Specificare motivo  |
| 11) Ha sofferto o soffre di malattie o disturbi:<br><br>a. dell'apparato respiratorio? | <b>SÌ</b> <b>NO</b>                            | <input type="checkbox"/> asma<br><input type="checkbox"/> bronchite<br><input type="checkbox"/> enfisema<br><input type="checkbox"/> pleurite<br><input type="checkbox"/> tubercolosi<br><input type="checkbox"/> fibrosi polmonare<br><input type="checkbox"/> tumori<br><input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi                                   | Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi |
| b. dell'apparato cardiocircolatorio?   | <b>SÌ</b> <b>NO</b>                            | <input type="checkbox"/> infarto<br><input type="checkbox"/> angina<br><input type="checkbox"/> ipertensione<br><input type="checkbox"/> valvulopatie<br><input type="checkbox"/> arteropatie<br><input type="checkbox"/> varici degli arti inferiori<br><input type="checkbox"/> ictus / TIA<br><input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi            | Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi |
| c. dell'apparato digerente?  | <b>SÌ</b> <b>NO</b>                            | <input type="checkbox"/> gastroduodenite<br><input type="checkbox"/> ulcere gastroduodenale<br><input type="checkbox"/> colite ulcerosa<br><input type="checkbox"/> epatite<br><input type="checkbox"/> cirrosi epatica<br><input type="checkbox"/> calcolosi biliare<br><input type="checkbox"/> tumori<br><input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi | Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi |
| d. dell'apparato genitourinario?   | <b>SÌ</b> <b>NO</b>                            | <input type="checkbox"/> nefrite<br><input type="checkbox"/> calcolosi<br><input type="checkbox"/> tumori<br><input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi  | Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi |

|   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <b>e.</b> dell'apparato muscoloscheletrico?   | <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> artrite<br><input type="checkbox"/> artrosi<br><input type="checkbox"/> tumori<br><input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi  | Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi |
| <b>f.</b> del sistema nervoso o della psiche?   | <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> epilessia<br><input type="checkbox"/> nevrosi<br><input type="checkbox"/> paralisi<br><input type="checkbox"/> tumori<br><input type="checkbox"/> malattia di Parkinson<br><input type="checkbox"/> malattia di Alzheimer<br><input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi | Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi |
| <b>g.</b> dell'apparato endocrinometabolico?  | <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> diabete<br><input type="checkbox"/> dislipidemie<br><input type="checkbox"/> malattie della tiroide<br><input type="checkbox"/> malattie surrenali<br><input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi  | Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi |
| <b>h.</b> del sangue?   | <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> | <input type="checkbox"/> anemia<br><input type="checkbox"/> leucemia<br><input type="checkbox"/> emofilia<br><input type="checkbox"/> altre malattie o disturbi  | Specificare periodo (dal/al), trattamento, farmaci, dosaggio, eventuali postumi |
| <b>12)</b> Per le donne:<br>▪ Ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali?<br>▪ Ha malattie della mammella?<br>▪ È incinta?  |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b><br><input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b><br><input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> |   |  |   |
| Specificare quali, periodo (dal/al), motivo, trattamento e postumi<br><br>(mese di gravidanza e andamento)  |   |  |   |
| <b>13)</b> Chi è il Suo medico curante e/o di famiglia?<br><br>Generalità:<br><br>Indirizzo:  |   |  |   |
| <b>14)</b> Ha sofferto recentemente o soffre attualmente di astenia, febbre, diarrea, sudorazione notturna, perdita di peso, ingrossamento delle ghiandole linfatiche, malattie della pelle?                            |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>   |   |  |   |
| Specificare motivo, quando, quali, trattamento e postumi  |   |  |   |
| <b>15)</b> È mai stato sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie con emoderivati?   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>   |   |  |   |
| Specificare motivo e quando   |   |  |   |
| <b>16)</b> Ha in previsione un ricovero ospedaliero e/o in attesa di effettuare o di ricevere esiti relativi a esami diagnostici o visite specialistiche?   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>   |   |  |   |
| Specificare motivo e quando   |   |  |   |
| <b>17)</b> Fa uso o ha fatto uso abituale di farmaci?   |   |  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>SÌ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b>   |   |  |   |
| Specificare motivo, periodo (dal/al), dosi e tipologia  |   |  |   |

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>18)</b> Si è sottoposto ad un test anti-HIV?   | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Specificare motivo e quando                      |
| <br>  |   |  |
| <b>19)</b> È stato affetto da una delle seguenti malattie: malattie infettive (scarlattina, difterite, tifo, meningite, ecc.), setticemia, infezioni da HIV o malattie tropicali (malaria, ecc.)? | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Specificare quali, quando, trattamento e postumi |

Dichiaro ad ogni effetto di legge che le dichiarazioni e le risposte da me fornite alle domande del presente questionario sono veritieri ed esatte e di non aver sottratto, omesso o alterato alcuna circostanza relativamente alle risposte fornite. Prosciolgo dal segreto professionale e legale medici ed enti che possano avermi curato o visitato e le altre persone alle quali la Compagnia ritenesse opportuno rivolgersi per informazioni.

**Ho letto ed approvo quanto sopra.**

|                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <b>✗ Data (gg/mm/aa)</b> | <b>Firma Assicurato (leggibile)</b> |
|--------------------------|-------------------------------------|

#### ESAME OBIETTIVO – Da compilarsi a cura del Medico

##### Aspetto – Costituzione fisica

|   |   |            |                    |
|---|---|------------|--------------------|
| Altezza (cm):   | Precisazioni  |            |                    |
| Peso (kg):  |   |            |                    |
| Il rapporto altezza/peso è normale?   | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |            |                    |
| È dimagrito involontariamente negli ultimi 12 mesi?   | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO |            |                    |
| Pressione arteriosa:  | sistolica   | diastolica | frequenza cardiaca |
| Se, nel corso di una prima misurazione, la pressione sistolica supera i 150mmHg o la diastolica i 90mmHg, si prega di effettuare una seconda misurazione al termine della visita: | sistolica   | diastolica | frequenza cardiaca |

|  |   |                          |
|--|---|--------------------------|
| <b>1)</b> Cutane e mucose visibili. Sono normali?            | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se no, indicare i motivi |
| <br>   |   |                          |
| <b>2)</b> Per le donne:<br>Ghiandole mammarie. Sono normali? | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se no, indicare i motivi |
| <br>   |   |                          |
| <b>3)</b> Masse muscolari. Sono normali?                     | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se no, indicare i motivi |
| <br>   |   |                          |
| <b>4)</b> Sistema linfonodale superficiale. È normale?       | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se no, indicare i motivi |
| <br>   |   |                          |
| <b>5)</b> Stato della tiroide. È normale?                    | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se no, indicare i motivi |
| <br>   |   |                          |
| <b>6)</b> Apparato muscoloscheletrico. È normale?            | <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO | Se no, indicare i motivi |
| <u>Conclusione diagnostica</u>                               |   |                          |

|   |  |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
|---|--|----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------|--|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--------------------------------|---------|--|--|----------------------------|--|
| <p><b>7)</b> Apparato respiratorio. È normale?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vie aeree superiori <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Voce <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Ispezione, palpazione, percussione ed auscultazione del torace <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> </ul> <p><u>Conclusione diagnostica</u></p>  | <p>Se no, indicare i motivi</p>  |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| <p><b>8)</b> Apparato cardiovascolare. È normale?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ispezione, palpazione, percussione <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Auscultazione <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Arterie (in particolare polsi periferici) <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Vene (varici, emorroidi, ecc.) <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> </ul> <p><u>Conclusione diagnostica</u></p>  | <p>Se no, indicare i motivi</p>  |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| <p><b>9)</b> Bocca e apparato digerente. È normale?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bocca <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Addome (ispezione e palpazione) <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Fegato <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Milza <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> </ul> <p><u>Conclusione diagnostica</u></p>   | <p>Se no, indicare i motivi</p>  |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| <p><b>10)</b> Apparato genitourinario. È normale?</p> <p><u>Conclusione diagnostica</u></p>   | <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se no, indicare i motivi</p> |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| <p><b>11)</b> Sistema nervoso e organi di senso. Sono normali?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Condizioni psichiche <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Motilità <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Sensibilità e riflessi <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Udito <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Vista <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> <li>▪ Olfatto <input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</li> </ul> <p><u>Conclusione diagnostica</u></p>  | <p>Se no, indicare i motivi</p>  |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| <p>L'esame delle urine risulta nella norma?</p>   | <p><input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Se no, indicare i motivi</p> |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| <p><b>Conclusioni – Diagnosi</b></p><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;"><b>Giudizio prognostico</b></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Buono</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Medioce</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Sfavorevole</td> </tr> <tr> <td>Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Specificare quali e i motivi</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="height: 40px;"></td> </tr> </table> <p>Eventuali osservazioni ed informazioni complementari</p><br><table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Indirizzo dello studio medico:</td> <td style="width: 50%;">Comune:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Data ed ora in cui è stata eseguita la visita:</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; height: 40px;">Firma e timbro del medico:</td> </tr> </table> |  | <b>Giudizio prognostico</b>      | <input type="checkbox"/> Buono       | <input type="checkbox"/> Medioce | <input type="checkbox"/> Sfavorevole | Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami? | Specificare quali e i motivi |  |  |  |  |  |  | Indirizzo dello studio medico: | Comune: | Data ed ora in cui è stata eseguita la visita: |  | Firma e timbro del medico: |  |
| <b>Giudizio prognostico</b>   | <input type="checkbox"/> Buono   | <input type="checkbox"/> Medioce | <input type="checkbox"/> Sfavorevole |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| Per l'esatta valutazione del rischio occorrerebbero ulteriori esami?  | Specificare quali e i motivi   |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
|   |  |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| Indirizzo dello studio medico:  | Comune:  |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| Data ed ora in cui è stata eseguita la visita:  |  |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |
| Firma e timbro del medico:  |  |                                  |                                      |                                  |                                      |  |                              |  |  |  |  |  |  |                                |         |  |  |                            |  |

## 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, anche sensibili.

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, il Codice in materia di protezione dei dati personali o Codice Privacy, e sue successive modifiche e integrazioni, Regolamento (UE) 2016/679, Regolamento generale sulla protezione dei dati, 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, i dati personali da noi trattati (es. nome, recapiti, incluso e-mail e numeri telefonici, età, data di nascita, sesso, occupazione, etc.) 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 deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente Informativa Privacy.

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). 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.

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 fornire 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: assicuatori, coassicicatori e riassicicatori; 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 inherente 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.

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.

### Quali sono i suoi diritti?

**Il diritto ad essere informati.** Ha diritto a ricevere un'informativa chiara, trasparente e facilmente comprensibile in merito ai suoi diritti e al trattamento dei suoi dati personali, inclusi quelli sensibili.

**Il diritto di accesso ai dati personali.** Ha il diritto di ottenere l'accesso ai suoi dati personali (se sono oggetto di trattamento da parte nostra) e ad altre tipologie di dati personali (simili a quelle previste dalla presente Informativa Privacy). In questo modo lei può conoscere e verificare che stiamo utilizzando i suoi dati personali nel rispetto della Legge in materia di protezione dei dati.

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

**Il diritto alla cancellazione.** Questo è conosciuto anche come "diritto all'oblio" e, in parole semplici, le consente di richiedere la cancellazione o la rimozione dei suoi dati personali laddove non ci sia per noi una ragione valida per continuare ad utilizzarli. 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 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 di "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 e alla profilazione.** Utilizziamo tecnologie per costruire i profili della nostra clientela cui indirizzare le nostre proposte commerciali oppure per accettare o respingere in maniera automatizzata richieste di adesione basate su fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e determinare il giusto premio da applicare in base al profilo di rischio riscontrato. Per lo svolgimento di tali finalità, abbiamo necessità di ottenere il suo consenso, tuttavia, l'utilizzo di tecnologie è necessario, anche al fine di ridurre gli errori e aumentare il livello di servizio. L'assenza del consenso al processo decisionale automatizzato può impedire, pertanto, lo svolgimento del processo assuntivo necessario ai fini della presa in copertura. Se dovesse ritenere che la nostra tecnologia abbia commesso degli errori, può contattare il nostro Responsabile Privacy per richiedere una verifica.

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](mailto: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** visitando il sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it).

#### Come possiamo contattarla

Possiamo contattarla attraverso uno o più dei seguenti canali di comunicazione: telefono, mail, email, 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 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, 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), nonché per offrire una sua opinione sulla qualità dei servizi resi. 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 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 sue preferenze attraverso il nostro sito web [www.metlife.it](http://www.metlife.it), scrivendo a MetLife Via A. Vesalio, 6 - 00161 Roma oppure attraverso l'indirizzo e-mail [info.privacy@metlife.it](mailto:info.privacy@metlife.it).

#### Per quanto tempo conserveremo le sue informazioni?

La nostra Policy relativa alla conservazione dei dati personali è conforme a tutte le leggi in materia di protezione di dati personali applicabili a cui siamo soggetti. Esse stabiliscono per quanto tempo possiamo conservare diverse tipologie di dati personali che possediamo e che aggiorniamo regolarmente, fino a un massimo di 10 anni dalla proposta (qualora non finalizzata) o dalla cessazione della polizza (per gli assicurati o aventi diritto alla prestazione assicurativa) e di 12 mesi per gli altri soggetti.

Cancelliamo in modo sicuro i suoi dati personali che non abbiamo più motivo di conservare secondo quanto stabilito dai limiti temporali previsti dalle nostre Policy. L'utilizzo dei dati per effettuare indagini statistiche e di mercato, avviene in anonimato.

#### Per quali finalità di trattamento chiediamo il consenso

- Consenso al trattamento di dati personali, anche sensibili** (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.  
**Il suo consenso per tale finalità è necessario** per fornirle i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.
- Consenso ad essere sottoposto a decisioni basate sul trattamento automatizzato dei dati personali finalizzate alla sottoscrizione del contratto:** può esprimere il suo consenso per permetterci di prendere decisioni attraverso l'utilizzo di strumenti tecnologici che comportano un trattamento automatizzato dei suoi dati, compresa la profilazione, l'accettazione o il rifiuto della presa in copertura in base a fattori predeterminati (es. età, stato di salute, abitudine al fumo, capitale assicurato, etc.) e la determinazione del premio assicurativo da applicare in base al profilo di rischio riscontrato.  
**Il suo consenso per tale finalità è necessario** per fornirle i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti.
- 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, distinta dalle decisioni automatizzate di cui sopra. Per profilazione s'intende qualsiasi forma di trattamento automatizzato di dati personali volta a valutare determinati aspetti personali e/o abitudini al fine di farle pervenire le nostre proposte commerciali più aderenti al suo profilo.  
**Il suo consenso per tali finalità è facoltativo e potrà essere revocato agevolmente e in ogni momento.** Tale consenso è tuttavia utile per poter ricevere proposte commerciali più aderenti al suo profilo assicurativo.
- Consenso ad essere ricontattato per comunicazioni commerciali, vendita diretta e sondaggi:** vorremmo poterla contattare per proporle contenuti esclusivi, offerte e informazioni relative ai prodotti e servizi MetLife nonché per il compimento dei sondaggi ed analisi

finalizzate al miglioramento dell'offerta e delle modalità di proposizione e fruizione della stessa. Tali contatti potranno avvenire attraverso modalità automatizzate (es. email e/o sms) o tradizionali (es. posta cartacea e/o telefonata tramite operatore).

**Il suo consenso per tali finalità è facoltativo e potrà essere revocato agevolmente e in ogni momento.** Tale consenso è tuttavia utile per aggiornamenti sui prodotti o servizi MetLife.

Per revocare il consenso reso, ove possibile, può contattarci ai recapiti forniti nella voce "[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](http://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 Informativa e alle modalità con cui raccogliamo, utilizziamo o condividiamo i suoi dati personali.

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Ai sensi della normativa italiana sulla Privacy (D.Lgs. n. 196/2003, successive modifiche e integrazioni e normativa di attuazione del Regolamento Generale sulla protezione dei dati n. 2016/679) dichiaro di aver letto e compreso le finalità 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 me consegnate e consultabili su [www.metlife.it](http://www.metlife.it), nella sezione dedicata alla Privacy. Per le ragioni esposte:

- Do  Nego il consenso al trattamento dei miei **dati personali, anche sensibili** (*necessario*)
- Do  Nego il consenso ad essere sottoposto a **decisioni automatizzate finalizzate alla sottoscrizione del contratto** (*necessario*)
- Do  Nego il consenso a sottoporre i miei dati a **profilazione per finalità commerciali** (*facoltativo*)
- Do  Nego il consenso ad essere **ricontattato per comunicazioni commerciali, vendita diretta e sondaggi sulla qualità dei servizi resi**, con modalità di contatto automatizzate o tradizionali (*facoltativo*)

Dichiaro, inoltre, di essere consapevole che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati acquisendo il relativo consenso nei casi in cui sia necessario, come precisato nell'Informativa stessa.

 Data (gg/mm/aa)

Firma Assicurando (leggibile)