

**Documentazione da presentare per la denuncia di sinistro in caso di:**

**Decesso**

1. Modulo di denuncia - decesso (D) (allegato alla presente);
2. Modulo di relazione medica - decesso (D) (allegato alla presente);
3. Certificato di morte
4. In base alle circostanze del decesso, allegare anche i documenti indicati in questa tabella

<b>Decesso a seguito di malattia</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Certificato necroscopico o modello ISTAT rilasciato dall'ASL di competenza riportante la sequenza di condizioni morose causa del decesso;</li><li>• Documentazione medico-ospedaliera attestante la data di prima diagnosi della patologia causa del decesso</li></ul>
<b>Decesso a seguito di Infortunio</b>	Verbale del pronto soccorso o, in alternativa, verbale redatto dalle autorità intervenute sul luogo dell'infortunio;
<b>Decesso a seguito di Incidente stradale</b>	Verbale redatto dalle autorità intervenute sul luogo dell'infortunio;

5. Modulo consenso trattamento dati personali comuni e sensibili (Legge 196/03) (allegato alla presente).

Le ricordiamo di verificare la correttezza dei dati inseriti, indicando nei moduli di denuncia con la massima esattezza il numero di contratto e la data di decorrenza della copertura assicurativa.

Precisiamo che tale richiesta di documenti non implica alcun riconoscimento e lascia salvi ed impregiudicati tutti i nostri diritti. Le ricordiamo infine che, ai sensi dell'art. 2952, c. 2 Cod. Civ., qualsiasi diritto si prescrive passati due anni dalla data del fatto.

**MODULO DENUNCIA SINISTRO - CASO MORTE (MD-M)***(compilazione a cura del denunciante - erede dell'Assicurato)***DATI RELATIVI ALLA POLIZZA ASSICURATIVA (informazioni indispensabili per l'apertura della pratica)**

Società con cui è stato sottoscritto il contratto di mutuo, finanziamento o carta: \_\_\_\_\_

CONVENZIONE N° CL / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CONTRATTO ASSICURATO N° \_\_\_\_\_

**DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_

LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno): SESSO: M  F  COD. FISC.: INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP: 

COMUNE: \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

Data del decesso:  Luogo: \_\_\_\_\_Indicare se il decesso è dovuto a: Malattia  Infortunio  Aggressione  Suicidio Circostanze del decesso (descrizione del decesso e delle cause che l'hanno provocato):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Indicare l'eventuale Autorità intervenuta (Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, ect.) e relativo indirizzo:  
Autorità \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_Se il decesso è dovuto a **malattia**, indicarne la natura e la data di inizio:  
Malattia \_\_\_\_\_ Data: In caso di ricovero ospedaliero, prima del decesso, precisare struttura ospedaliera, luogo, data del ricovero ed eventuale intervento subito:  
Struttura \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Data:   
Intervento \_\_\_\_\_Indicare il nome, cognome ed indirizzo del medico che aveva in cura l'Assicurato prima del decesso:  
Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_Indicare la data di inizio di un'eventuale interruzione del lavoro verificatasi prima del decesso: \_\_\_\_\_ Data: **Il denunciante - erede dell'Assicurato**Data:  Firma: \_\_\_\_\_

Nome e Cognome (leggibili): \_\_\_\_\_

Indirizzo e telefono: \_\_\_\_\_

Avendo preso visione dell'informativa sulla privacy allegata al presente modulo di denuncia, con la presente sottoscrizione, acconsento al trattamento da parte di MetLife Europe d.a.c., Rappresentanza Generale per l'Italia, dei miei dati personali e sensibili per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato/Denunciante \_\_\_\_\_

Il presente modulo, debitamente compilato in ogni sua parte, deve essere inviato a:  
**Sinistri MetLife c/o Brokeronline Srl – Casella Postale 107, 26100 Cremona**

**RELAZIONE MEDICA - CASO MORTE (RM-M)**  
(da far compilare al medico curante o al medico che ha constatato il decesso)

**DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:**

NOME: \_\_\_\_\_ COGNOME: \_\_\_\_\_  
LUOGO DI NASCITA: \_\_\_\_\_ DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno):        
SESSO: M  F  COD. FISC.:                       
INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP:        
COMUNE: \_\_\_\_\_ PV: \_\_\_\_\_

Data del decesso:       Luogo: \_\_\_\_\_

Indicare se il decesso è dovuto a: Malattia  Infortunio  Aggressione  Suicidio

Era Lei il medico curante dell'Assicurato prima del decesso? SI  NO

Se SI, indichi la data in cui l'Assicurato è divenuto suo paziente:

Se NO, potrebbe indicarci nome, cognome ed indirizzo del medico curante?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E' in grado di dire se l'Assicurato ha consultato altri medici? SI  NO

Se SI, potrebbe indicarne nome, cognome ed indirizzo?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CASO MALATTIA (da compilare se il decesso è dovuto a malattia)**

Quale è stata la causa del decesso dell'Assicurato? \_\_\_\_\_

Che sintomi presentava l'Assicurato prima del decesso?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Quali sono state le tappe evolutive della malattia?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Descriva la natura ed il risultato di eventuali terapie somministrate per la cura della stessa:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ritiene che la malattia possa essere stata causata da AIDS o sindrome avente sintomi affini? SI  NO

Se SI, perché? \_\_\_\_\_

**CASO MALATTIA (segue)**

In base ai sintomi osservati ed ai dati anamnestici, a quale data si deve presumibilmente riportare l'inizio della malattia?

Data di inizio presunta (mese/anno):

Data della prima diagnosi della malattia (giorno/mese/anno):

La diagnosi della malattia fu confermata da altri medici? SI  NO

Se SI, indicare nome, cognome ed indirizzo dei medici e periodo in cui furono consultati: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indichi se il paziente è stato sottoposto a terapie o controlli medici a casa o in ospedale: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Esistevano condizioni patologiche preesistenti alla malattia che ha causato il decesso? SI  NO

Se SI, specificare quali: \_\_\_\_\_

Esiste un nesso causale diretto o indiretto fra la malattia che ha provocato il decesso e le precedenti? SI  NO

O queste ultime ne hanno solamente aggravato il decorso? SI  NO

Ritiene che avrebbero potuto, da sole, provocare il decesso? SI  NO

**CASO INFORTUNIO / AGGRESSIONE (da compilare se il decesso è dovuto a malattia)**

Data dell'incidento/aggressione:

Descrizione dell'incidento e delle conseguenze che hanno provocato il decesso: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE IN TUTTI I CASI**

L'incidento o la malattia ha comportato (prima del decesso) un'interruzione del lavoro? SI  NO

Se SI, indicare se si è trattato di:   
 { Invalidità permanente: Totale  Parziale    %   
 Inabilità temporanea: Totale  Parziale    %

Indicare la data di inizio dell'Invalidità/Inabilità:

Quali altre informazioni ritiene utile fornirci? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Il medico** Data:

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Timbro

Telefono \_\_\_\_\_

## Informativa Privacy

di MetLife Europe d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia (**titolare del trattamento dei dati**) 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**")

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa e riportata nell'informazione sulla Privacy integralmente consultabile nella nostra pagina web dedicata alla Privacy sul sito [www.metlife.it](http://www.metlife.it), la informiamo che i dati personali, incluse le particolari categorie di dati<sup>1</sup>, da lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati da MetLife al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Tenuto conto che nella gestione del presente rapporto contrattuale potrebbe essere necessario disporre di dati di terzi (a titolo esemplificativo dell'assicurato, se diverso dal contraente, del beneficiario, dell'esercente la potestà di genitore o in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere consegnare la presente informativa ai terzi di cui fornisca eventualmente i dati, acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età, la manifestazione del consenso richiesta in base alla vigente normativa deve essere espressa da uno dei soggetti esercenti la potestà di genitore dopo aver preso visione della presente informativa. Il trattamento di tali dati risulta pertanto necessario alla valutazione della richiesta di indennizzo.

I dati personali forniti saranno utilizzati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, dal personale preposto alla gestione e liquidazione dei sinistri nell'ambito delle strutture della Società ed ivi conservati per il tempo strettamente necessario alle finalità sopra descritte. Tali dati potranno, inoltre, essere comunicati e trattati da società e/o professionisti di nostra fiducia o da pubbliche Autorità<sup>2</sup>, qualora necessari per esigenze connesse alla gestione delle obbligazioni contrattuali, per l'elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri, per la condivisione di informazioni connesse alla gestione di eventuali contenzioni, nonché per l'adempimento di obblighi di legge. L'elenco completo ed aggiornato dei soggetti a cui i dati potrebbero essere comunicati è disponibile presso la sede della Società. La invitiamo a consultare l'informativa Privacy di MetLife sul sito [www.metlife.it](http://www.metlife.it), dove troverà ogni ulteriore informazione e aggiornamenti in merito a quali sono i suoi diritti e come esercitarli (cioè l'accesso, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'opposizione e alla portabilità dei dati e il diritto di ottenere chiarimenti in merito alle decisioni automatizzate) e la responsabilità della Protezione dei dati per ogni comunicazione o reclamo, il periodo di conservazione dei suoi dati, i soggetti a cui i dati possono essere comunicati per la gestione del contratto, anche se in paesi fuori dall'Unione Europea, nel rispetto delle disposizioni di legge e Regolamento vigenti per la tutela della Privacy.

### Presenza visione dell'Informativa Privacy e consenso al trattamento delle particolari categorie di dati

Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy (Regolamento UE n. 2016/679 e relativa legge di attuazione e D.Lgs. n. 196/2003 s.m.i.) dichiaro di aver letto e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte di MetLife - 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, consapevole che il trattamento dei miei dati personali è necessario per l'esecuzione e gestione del contratto e che è mio obbligo consegnare l'informativa ai terzi di cui fornisco eventualmente i dati, **acconsento al trattamento dei dati personali ai fini della trattazione del sinistro.**

x	/ /	Firma dell'Assicurato / Esercente la potestà o del tutore per assicurati minorenni
	Data (gg/mm/aa)	
x	/ /	Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato
	Data (gg/mm/aa)	

<sup>1</sup> Per "particolari categorie di dati personali", ai sensi della normativa vigente, si intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute dell'interessato, nonché 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, la vita sessuale e i dati giudiziari.

<sup>2</sup> In particolare, alcuni suoi dati potranno essere comunicati a: (i) soggetti facenti parte della nostra rete di vendita; (ii) società di Nostra fiducia, anche situate all'estero in Paesi appartenenti all'Unione Europea che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi alla vendita ed alla gestione di prodotti assicurativi e che utilizzeranno i suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento. In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, tutori, curatori, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia; società di amministrazione del portafoglio, studi o società nell'ambito di rapporti di assistenza e consulenza, nonché società di servizio cui siano eventualmente affidate: la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; la gestione dei servizi e dei sistemi informatici; l'archiviazione della documentazione relativa ai rapporti contrattuali; attività di stampa, trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo ma non esaustivo: ANIA, IVASS, 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.

## RICHIESTA DISPOSIZIONE BONIFICO

### IL SOTTOSCRITTO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Indirizzo \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_  
Tel. casa \_\_\_\_\_ Tel. lavoro \_\_\_\_\_  
Nr. documento di identità \_\_\_\_\_

In qualità di erede del cliente Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ (da compilare in caso di decesso **unitamente ad atto notarile**)

Titolare del finanziamento n.ro |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|

- COMUNICA LE SEGUENTI COORDINATE BANCARIE SULLE QUALI EFFETTUARE L'EVENTUALE RIMBORSO:

CODICE FISCALE |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
INTESTATARIO CONTO |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
IBAN|\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
(27 caratteri alfanumerici)  
BANCA DI APPOGGIO |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
INDIRIZZO DELLA BANCA |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
CODICE SWIFT (o BIC) |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_| |\_|  
(da 8 o da 11 caratteri alfanumerici)

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_