

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

1. Modulo di denuncia – invalidità permanente totale (IPT) (allegato alla presente);
2. Modulo di relazione medica – invalidità permanente totale (IPT) (allegato alla presente);
3. Copia conforme all'originale dell'accertamento dell'invalidità permanente totale rilasciato dall'INPS o altro ente pubblico;
4. Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero occorso all'assicurato relativa alla prima diagnosi di patologia;
5. Eventuale verbale del pronto soccorso;
6. Eventuale verbale redatto dalle autorità intervenute;
7. Coordinate bancarie (codici IBAN e SWIFT);
8. Modulo consenso trattamento dati personali comuni e sensibili (Legge 196/03) (allegato alla presente).

La documentazione indicata dovrà essere inviata a:

**Sinistri MetLife c/o Brokeronline Srl – Casella Postale 107, 26100 Cremona**

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 - CASO INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE (MD-IPT)**

(compilazione a cura del denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato)

**DATI RELATIVI ALLA POLIZZA ASSICURATIVA (informazioni indispensabili per poter aprire la 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: \_\_\_\_\_

**CONDIZIONE LAVORATIVA: (barrare la casella)** Lavoratore dipendente settore privato  Lavoratore autonomo  Altro \_\_\_\_\_ Lavoratore dipendente settore pubblico  Non Lavoratore (Disoccupato, Studente, Casalinga, Pensionato ecc.)

Nel caso di lavoratore, indicare la professione svolta dall'Assicurato al verificarsi dell'invalidità: \_\_\_\_\_

Impresa / ditta (ragione/denominazione sociale): \_\_\_\_\_

Indirizzo impresa / ditta: \_\_\_\_\_

**CASO MALATTIA (da compilare se l'invalidità è dovuta a malattia):**Natura della malattia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Data di constatazione medica della malattia (giorno/mese/anno):      Data di inizio dell'interruzione del lavoro (giorno/mese/anno):      Manifestazione della malattia e genere dei disturbi sofferti: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Indichi da quando soffre di questi disturbi (mese/anno):    Ha già sofferto, in passato, della stessa malattia? SI  NO  Se sì, da quando (mese/anno)?

**CASO INFORTUNIO** (da compilare se l'invalidità è dovuta a infortunio):Indichi data e luogo dell'infortunio: Data:  Luogo \_\_\_\_\_Descrizione dell'infortunio che ha provocato l'invalidità: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_Genere delle lesioni e dell'impedimento fisico: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indichi l'eventuale Autorità intervenuta (Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, ect.) e relativo indirizzo:

Autorità \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**DA COMPILARE IN TUTTI I CASI:**Quando ha consultato il medico per la prima volta a causa di questa malattia / infortunio? Data: Si è mai reso necessario il ricovero ospedaliero a causa di questa malattia / infortunio? SI  NO 

Se SI, precisare struttura ospedaliera, luogo, data del ricovero ed eventuale intervento subito:

Struttura \_\_\_\_\_ Luogo \_\_\_\_\_ Data: 

Intervento \_\_\_\_\_

Indichi la data di inizio dell'invalidità permanente totale: dal L'Invalidità richiede l'assistenza vita natural durante di una terza persona per svolgere gli atti quotidiani? SI  NO Percepisce una pensione di Invalidità? SI  NO 

Se SI, indicare l'Ente che la eroga: \_\_\_\_\_

Indichi eventuali prestazioni già liquidate: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_**Il denunciante - Assicurato o 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 INVALIDITA' PERMANENTE TOTALE (RM-IPT)**  
(da far compilare al medico curante o al medico che ha constatato l'Invalidità)

**DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:**

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

Indichi se l'Invalidità è dovuta a:                      Malattia                       Infortunio

**CASO MALATTIA:**

Indichi la data in cui si manifestarono i primi sintomi (mese/anno):

Diagnosi: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CASO INFORTUNIO:**

Indichi la data ed il genere dell'infortunio (giorno/mese/anno):

Genere: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DA COMPILARE IN TUTTI I CASI:**

Indichi se il soggetto ha effettuato trattamenti ambulatoriali:

presso il Suo studio:    dal       al

prima di Lei, presso il Dr. \_\_\_\_\_                      dal       al

dopo di Lei, presso il Dr. \_\_\_\_\_                      dal       al

Indichi se il soggetto ha effettuato trattamenti ospedalieri:    dal       al

Struttura : \_\_\_\_\_                      Luogo: \_\_\_\_\_

Anamnesi ed evoluzione del caso: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indichi il genere dei trattamenti effettuati: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indichi il genere delle lesioni subite e/o dell'impedimento fisico derivatone: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indichi la prima volta in cui è stato consultato un medico per questa malattia / infortunio: \_\_\_\_\_ Data:

Si è reso necessario il ricovero ospedaliero a causa di questa malattia / infortunio? SI  NO

Se SI, precisare la struttura ospedaliera, luogo, periodo del ricovero ed eventuale intervento subito:

Struttura : \_\_\_\_\_ Luogo: \_\_\_\_\_

Periodo del ricovero: \_\_\_\_\_ Data di entrata:       Data di dimissione:

Intervento \_\_\_\_\_

Indichi la data di inizio dell'Invalidità Permanente Totale: \_\_\_\_\_ dal

L'Invalidità richiede l'assistenza vita natural durante di una terza persona per svolgere gli atti quotidiani? SI  NO

L'Assicurato percepisce una pensione di Invalidità: SI  NO

Se SI, indichi l'Ente che la eroga: \_\_\_\_\_

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

**Il medico** Data:

Firma \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Timbro

Telefono: \_\_\_\_\_

## **Informativa per il trattamento dei dati personali**

(art. 13 d.lgs. n. 196/2003)

Gentile Cliente,

ad integrazione delle informazioni che Le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla privacy consultabile sul sito [www.metlife.it](http://www.metlife.it). La informiamo che i dati personali, anche sensibili<sup>1</sup>, da Lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria (es. informazioni in questionari sanitari, certificati medici, cartelle cliniche) saranno utilizzati dalla Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c. (titolare del trattamento), al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Il conferimento di tali dati risulta pertanto necessario al perseguimento delle suddette finalità, e senza di essi non saremmo in grado di valutare la Sua richiesta di indennizzo.

Tali dati saranno utilizzati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, solo dal personale preposto alla gestione e liquidazione dei sinistri nell'ambito delle strutture della Nostra Società ed ivi conservati per il tempo strettamente necessario alle finalità sopra descritte.

In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, 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 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. per adempiere agli obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile presso la sede della Nostra Società.

Taluni suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri.

Se interessato, contrassegnando l'apposito *check-box*, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per il compimento di sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso attraverso modalità automatizzate di contatto (es. *email*) o attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, co. 1 e 2 del D.lgs. 196/03. Il rilascio del consenso per tali finalità è facoltativo, ma consente a MetLife di valutare il grado di soddisfazione della clientela e migliorare il servizio reso.

In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati e chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere successivamente una diversa volontà sulle modalità di contatto<sup>2</sup> rivolgendosi alla Rappresentanza Generale per l'Italia della Nostra società, MetLife Europe d.a.c., presso Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail [sede.roma@metlife.it](mailto:sede.roma@metlife.it)

## **Consenso al trattamento dei dati personali**

Preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali sopra riportata, ai sensi della normativa sulla privacy (D.lgs. n. 196/2003) acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili, da parte della Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife d.a.c. per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Acconsento inoltre al trattamento dei miei dati per ricerche ed analisi sulla qualità del servizio

➡ Data (gg/mm/aa):

\_\_\_\_\_  
**Firma dell'Assicurato /Esercente la Potestà o del Tutore per assicurati minorenni**

➡ Data (gg/mm/aa):

\_\_\_\_\_  
**Firma del Denunciante se diverso dall'Assicurato**

<sup>1</sup> Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute, nonché la vita sessuale, 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 o sindacale (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

<sup>2</sup> È sua facoltà, ove interessato, comunicarci in qualunque momento una diversa volontà circa la partecipazione a sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso, ovvero sulle modalità di comunicazione.

