

Documentazione da presentare per la denuncia di sinistro in caso di:
Malattia Grave

1. Modulo di denuncia – malattia grave (MG) (allegato alla presente);
2. Modulo di relazione medica – malattia grave (MG) (allegato alla presente);
3. Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero occorso all'assicurato relativa alla prima diagnosi di patologia;
4. Certificazione attestante la propria posizione lavorativa alla data evento;
5. Coordinate bancarie (codici IBAN e SWIFT);
6. 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 SINISTRO - CASO MALATTIA GRAVE (MD-MG)
(da compilarsi da parte del denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato)

DATI RELATIVI AL CONTRAENTE ED ALLA POLIZZA ASSICURATIVA:

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: _____ PV: _____

PROFESSIONE SVOLTA ALLA DATA EVENTO: _____
(Specificare se lavoratore autonomo, dipendente o non lavoratore)

Data della prima diagnosi della malattia grave:

Indicare se la malattia grave è: Cancro Ictus Infarto Insufficienza renale cronica

Intervento chirurgico da malattia dell'arteria coronarica Trapianto dei principali organi

Altro (indicare la malattia grave): _____

Circostanze della malattia grave (descrizione delle cause che l'hanno provocata e delle sue immediate conseguenze):

Indicare la data di inizio di una eventuale interruzione del lavoro anteriore alla malattia grave: Data:

In caso di ricovero ospedaliero, prima della malattia grave, precisare struttura ospedaliera, luogo, data del ricovero ed eventuale intervento subito:

Struttura _____ Luogo _____ Data:

Intervento _____

Indicare nome, cognome ed indirizzo del medico che aveva in cura l'Assicurato prima della diagnosi della malattia grave:

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Il denunciante - Assicurato o erede dell'Assicurato

Data: Firma: _____

Nome e Cognome (leggibili): _____

Indirizzo e telefono: _____

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 MALATTIA GRAVE (RM-MG)
(da compilarsi da parte del medico curante o, in mancanza, dal medico che ha constatato la malattia grave)

DATI PERSONALI DELL'ASSICURATO:

NOME: _____	COGNOME: _____
LUOGO DI NASCITA: _____	DATA DI NASCITA (giorno/mese/anno): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
SESSO: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	COD. FISC.: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
INDIRIZZO: _____	CAP: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
COMUNE: _____	PV: _____

Data della prima diagnosi della malattia grave:

Indicare se la malattia grave è: Cancro Ictus Infarto Insufficienza renale cronica

Intervento chirurgico da malattia dell'arteria coronarica Trapianto dei principali organi

Altro (indicare la malattia grave): _____

Era Lei il medico curante dell'Assicurato prima della malattia grave? 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 indicarcene il nome, cognome ed indirizzo? _____

SINTOMATOLOGIA, EVOLUZIONE E TERAPIE SOMMINISTRATE PER LA CURA DELLA MALATTIA GRAVE:

Che sintomi presentava l'Assicurato prima della malattia grave? _____

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? _____

In base ai sintomi osservati ed ai dati anamnestici, a quale data doveva presumibilmente riportarsi 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 grave?

SI NO

Se SI, specificare quali:

Esiste un nesso causale diretto o indiretto fra la malattia grave e le precedenti?

SI NO

O queste ultime ne hanno solamente aggravato il decorso?

SI NO

Ritiene che avrebbero potuto, da sole, provocare la malattia grave?

SI NO

La malattia grave ha comportato una interruzione del lavoro?

SI NO

Se SI, indichi se trattasi 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 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. La informiamo che i dati personali, anche sensibili¹, 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 contatto² 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

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

¹ 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).

² 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.

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 _____

- 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 _____