

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

1. Modulo di denuncia – ricovero ospedaliero (RO) (allegato alla presente);
2. Copia conforme all'originale della cartella clinica relativa al ricovero occorso all'assicurato;
3. Certificazione attestante la propria posizione lavorativa alla data evento;
4. Coordinate bancarie (codici IBAN e SWIFT);
5. 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 RICOVERO OSPEDALIERO (RO)**

(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: \_\_\_\_\_ PROV: \_\_\_\_\_

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

Indicare se il ricovero ospedaliero è dovuto a: malattia  infortunio  aggressione

Indicare la struttura ospedaliera del ricovero ed il relativo indirizzo:

Struttura \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

Indicare data e ora di entrata nella struttura ospedaliera: data       ora

Indicare data e ora di dimissione previste (se il ricovero non si è ancora concluso): data       ora

Indicare data e ora di dimissione effettive (se il ricovero si è già concluso): data       ora

Descrizione dell'intervento/terapia subiti o ancora da subire: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare eventuali precedenti periodi di ricovero dovuto alla stessa causa:

Struttura: \_\_\_\_\_ dal       al

Struttura: \_\_\_\_\_ dal       al

Struttura: \_\_\_\_\_ dal       al

**CASO MALATTIA (da compilare se il ricovero ospedaliero è dovuto a malattia):**

Natura della malattia: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Manifestazione della malattia e genere dei disturbi sofferti: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indicare da quando soffre di questi disturbi (mese/anno):

Ha già sofferto in passato della stessa malattia? SI  NO  Se SI, da quando?

**CASO INFORTUNIO (da compilare se il ricovero ospedaliero è dovuto ad infortunio):**

Indicare data e luogo dell'infortunio: data  Luogo \_\_\_\_\_

Descrizione dell'infortunio e delle conseguenze che hanno necessitato il ricovero ospedaliero: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Genere delle lesioni subite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Autorità \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**CASO AGGRESSIONE (da compilare se il ricovero ospedaliero è dovuto ad aggressione)**

Indicare data e luogo dell'aggressione: data  Luogo \_\_\_\_\_

Descrizione dell'aggressione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Genere delle lesioni subite: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indicare l'Autorità presso la quale è stata presentata denuncia e relativo indirizzo:

Autorità \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

**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**

**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.

