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

Decesso a seguito di malattia	• Certificato necroscopico o modello ISTAT rilasciato dall'ASL di competenza riportante la sequenza di condizioni morose causa del decesso; • Documentazione medico-ospedaliera attestante la data di prima diagnosi della patologia causa del decesso
Decesso a seguito di Infortunio	Verbale del pronto soccorso o, in alternativa, verbale redatto dalle autorità intervenute sul luogo dell'infortunio;
Decesso a seguito di Incidente stradale	Verbale redatto dalle autorità intervenute sul luogo dell'infortunio;

5. Modulo consenso trattamento dati personali comuni e sensibili (Legge 196/O3) (allegato alla presente).

Le ricordiamo di verificare la correttezza dei dati inseriti, indicando nei moduli didenuncia 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.

MetLife

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)

NUMERO DI POLIZZA: _____

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 _____

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 _____

MetLife

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'infortunio/aggressione: ☐☐☐☐☐☐

Descrizione dell'infortunio e delle conseguenze che hanno provocato il decesso: _____

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 e MetLife Europe Insurance d.a.c. Rappresentanza Generale per l'Italia (**titolaridel 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 congiuntamente "**MetLife**" o "**Società**")*

Gentile Cliente,
Ai sensi della vigente normativa sulla Privacy, MetLife, in qualità di titolare del trattamento, fornisce le informazioni relative al trattamento dei suoi dati personali per le finalità connesse alla gestione dei sinistri, ad integrazione delle informazioni che le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla Privacy integralmente consultabile nella nostra pagina web dedicata alla Privacy sul sito www.metlife.it.
I dati personali quali a titolo esemplificativo, i dati anagrafici (ad es. nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, documento d'identità) e dati di contatto, incluse le particolari categorie di dati[1] (ad es. dati relativi alla salute, danni fisici o di altra natura), da lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria, saranno utilizzati da MetLife per le seguenti **finalità:**

A) Senza il Suo preventivo consenso per:

- l'adempimento delle condizioni di contratto previste dalla sua copertura assicurativa;
- l'attività di valutazione dei sinistri per accertarne il diritto alla liquidazione in base alle condizioni di legge e di contratto;
- l'adempimento di obblighi di legge ai sensi degli artt. 6, comma 1, lett. c) e 9, comma 2, lett. b) GDPR connessi alla valutazione e gestione del sinistro;
- l'interesse legittimo della società per:
  - la prevenzione e la repressione di atti illeciti e l'esercizio dei diritti del titolare del trattamento in sede giudiziaria e di gestione del contenzioso: l'interesse di MetLife è il diritto di azione in giudizio garantito dalla Carta Costituzionale italiana (art. 24) e, in quanto tale, è socialmente riconosciuto come prevalente rispetto all'interesse del singolo interessato;
  - la verifica della validità della documentazione prodotta in fase di denuncia del sinistro per finalità antifrode con riferimento al trattamento dei suoi dati comuni;

B) Con il Suo preventivo consenso per:

- Il trattamento dei dati particolari inclusi nella documentazione fornita per la trattazione del sinistro per finalità strettamente connesse alle attività di valutazione, gestione e accertamento del diritto alla liquidazione dell'indennizzo, incluso la verifica della validità della documentazione prodotta per finalità antifrode.

In particolare, la verifica della documentazione prodotta per finalità antifrode potrà essere condotta, **anche attraverso l'utilizzo di tecnologie disegnate specificatamente per finalità antifrode che effettuano l'analisi di autenticità dei file digitali** (documenti e immagini) con il supporto di Intelligenza Artificiale abbinata a modelli di apprendimento automatico (Machine learning) e successiva validazione da parte del personale autorizzato.
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, il beneficiario, l'esercente la potestà di genitore in caso si trattino i dati di un minore di età) le precisiamo che è suo onere, nel momento in cui si dovesse fornire dati relativi ai suddetti terzi il cui trattamento è strumentale alla gestione del rapporto assicurativo, loro la presente informativa acquisendo il consenso ove necessario. Nel caso di trattamento di dati di minori di età la manifestazione del consenso richiesto 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 saranno conservati per il termine prescrizionale di legge di 10 anni, nel caso di sinistri relativi al ramo vita e di 5 anni nel caso di sinistri relativi al ramo danni, dalla cessazione del contratto e dalla liquidazione del sinistro. Per finalità antifrode i suoi dati saranno conservati per 2 anni dalla verifica della documentazione. Per le finalità di cui al punto B) i suoi dati particolari saranno trattati fino a revoca del suo consenso e comunque non oltre 2 anni dalla verifica della documentazione.
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[2], qualora necessario 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, per l'adempimento di obblighi di legge, nonché per finalità di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative eventuali azioni legali. 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, dove troverà ogni ulteriore informazione e aggiornamenti in merito a quali sono i suoi diritti e come esercitarli (cioè l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, l'opposizione al trattamento, la portabilità dei dati e il diritto di ottenere chiarimenti in merito alle decisioni automatizzate) i recapiti del Responsabile 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.

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

Avendo letto l'Informativa Privacy e compreso le finalità e modalità di trattamento dei dati da parte di MetLife - in qualità di Titolare del trattamento - per la finalità B) indicata nell'informativa:

☐ **acconsento al trattamento dei dati particolari (ad es. dati sanitari) inclusi nella documentazione da me fornita alla Società per la trattazione del sinistro, anche attraverso l'utilizzo di tecnologie di Intelligenza Artificiale, abbinata a modelli di apprendimento automatico (Machine learning) per finalità antifrode e ai fini di valutazione, gestione e accertamento del diritto alla liquidazione dell'indennizzo.**

× / /	
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

[1] 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, dati biometrici, 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.

[2] 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, alla gestione di prodotti assicurativi e al supporto nella valutazione dei sinistri, inclusa la prevenzione e gestione di frodi assicurative 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; società specializzate nell'analisi digitale dei documenti assicurativi per finalità antifrode (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.

MetLife Europe d.a.c. è una compagnia assicurativa di diritto irlandese autorizzata e regolamentata dalla Central Bank of Ireland, con sede legale in '20 on Hatch', Lower Hatch Street, Dublino 2, Irlanda, registrazione n. 415123. Amministratori: Brenda Dunne (cittadina irlandese), Eilish Finan (cittadina irlandese), Nuria Garcia (cittadina spagnola), Nick Hayter (cittadino inglese), Maureen McQueen (cittadino americano), Ruairí O'Flynn (cittadino irlandese), Lyndon Oliver (cittadino americano), Conall Murphy (cittadino irlandese).
Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe d.a.c., Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, Direzione generale, Via Olona n. 2, 20123 Milano, Codice fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Roma n. 12083481007, REA n. 1348910, abilitata all'esercizio dell'attività assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta al n. I.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicurative.

MetLife

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 _____