

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. 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 - 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 si, 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 _____

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: _____

,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.

