

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. Cartella clinica relativa al ricovero occorso all'assicurato relativa alla prima diagnosi di patologia
4. Certificato del medico curante attestante la prima data diagnosi della patologia
5. Modulo consenso trattamento dati personali comuni e sensibili (Legge 196/03) (allegato alla presente).

Ti 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:

POLIZZA 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: _____

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"/> <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"/> <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

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 dati¹ (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 prescrizione 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 Autorità², 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 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.

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 _____