

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

1. Cartella clinica relativa al ricovero
2. In base alle circostanze dell'invalidità, raccogli anche i documenti indicati in questa tabella:

|  |   |
|--|---|
| <b>Invalidità a seguito di malattia</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Certificato del pronto soccorso o analogo certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento</li></ul>  |
| <b>Ricovero a seguito di Infortunio</b>  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Certificato del pronto soccorso o analogo certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento</li><li>• Eventuale verbale redatto dalle autorità intervenute</li></ul> |
| <i>Tutta la documentazione può essere inviata in fotocopia. Ricorda però che MetLife, se necessario, può sempre richiedere gli originali di ciascun documento.</i> |   |

3. 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 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 \_\_\_\_\_



<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> 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.

