

Guida alla compilazione del modulo denuncia di sinistro

Gentile Cliente,

per rendere più agevoli e tempestive le operazioni di valutazione e liquidazione del sinistro, La invitiamo a seguire le seguenti indicazioni.

Il "Modulo di Denuncia Sinistro" dovrà essere compilato in modo chiaro e leggibile in ogni sua parte e sottoscritto a cura dei Beneficiari, facendo particolare attenzione alle sezioni "Dati dell'Assicurato che ha subito l'evento".

Nella sezione "Dati relativi all'evento" descriva nel modo più dettagliato e completo possibile le cause, le circostanze e le conseguenze, senza dimenticare di compilare gli spazi relativi alla data, ora e luogo di accadimento.

Il Modulo di Denuncia Sinistro, deve essere compilato in ogni sua parte e deve essere corredato dagli originali/copie conformi agli originali della documentazione medica. Il modulo e la documentazione devono essere inviati, con raccomandata A.R., entro 60 giorni dall'evento o dal momento in cui l'Assicurato o gli aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità, al seguente indirizzo:

MetLife - Ufficio Sinistri
Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma
Tel. 06.492161 dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 13

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Ai fini della completa valutazione del sinistro, l'Assicuratore si riserva comunque la facoltà di richiedere eventuale ulteriore documentazione, oltre quella riportata nell'apposito modulo.

Per i pagamenti conseguenti a decesso dell'Assicurato devono essere consegnati:

- relazione medica sulle cause del decesso redatta su apposito modulo;
- in caso di morte violenta (infortunio, suicidio, ecc.), copia del verbale delle Forze dell'Ordine o certificato della Procura od altro documento rilasciato dall'Autorità Competente, da cui si desumano le precise circostanze del decesso;
- copia dell'eventuale referto autoptico e delle eventuali indagini tossicologiche;
- certificato di morte in originale;
- copia autentica del testamento o, nell'ipotesi in cui questo non sia stato redatto, dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà dalla quale risulti se l'Assicurato abbia o meno eredi legittimi;
- nel caso di designazione beneficiaria agli eredi legittimi, tra i quali vi sia la vedova dell'Assicurato, una dichiarazione, sottoscritta dal medico curante, la quale attesti che la vedova non si trovi in stato di gravidanza;
- in caso di eredi minori o incapaci, autorizzazione del Giudice Tutelare alla riscossione dell'indennizzo da parte del Tutore;
- copia del documento d'identità e del codice fiscale di ciascun Beneficiario;
- ulteriore documentazione di carattere sanitario, amministrativo o giudiziario, eventualmente ritenuta necessaria dalla Compagnia.

Le ricordiamo, infine, di compilare con esattezza i campi relativi ai dettagli del conto corrente sul quale si desidera ricevere il pagamento dell'indennizzo, indicando l'intestatario e il codice IBAN.

La ringraziamo per la Sua attenzione e collaborazione ricordandoLe che un modulo incompleto o non firmato non potrà dare luogo all'avvio dell'istruttoria di liquidazione ritardando, in ogni caso, le operazioni di valutazione e conseguentemente di indennizzo del danno subito.

Per i termini e le condizioni delle garanzie si rinvia a quanto previsto nel Fascicolo Informativo.



MODULO DENUNCIA DI SINISTRO

Polizza "Wecare Vita"

Da spedire entro 60 giorni dalla data di accadimento del sinistro, a mezzo raccomandata A.R. a:

MetLife - Ufficio Sinistri - Via Andrea Vesalio, 6 - 00161 Roma**DATI DELL'ASSICURATO CHE HA SUBITO IL SINISTRO**

Numero contratto di assicurazione			
Cognome	Nome	Sesso: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Data di nascita
Comune di nascita (o Stato estero)		Prov.	Cittadinanza
Indirizzo		C.A.P.	Città
N. di telefono		Cell./altro recapito tel.	Codice Fiscale

DATI RELATIVI AL SINISTRO

Data di accadimento	Ora	Luogo dell'evento
Descrizione causa e circostanze dell'evento		
Descrizione conseguenze immediate		

RIFERIMENTI PER LA LIQUIDAZIONE

Intestatario del conto corrente			
Banca		Agenzia	
Indirizzo	C.A.P.	Città	Prov.
Coordinate Bancarie IBAN			

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI

Avendo preso visione dell'Informativa sulla privacy allegata, con la presente sottoscrizione si acconsente al trattamento da parte di MetLife Europe Limited dei dati personali e sensibili dell'Assicurato, per le finalità necessarie alla liquidazione del sinistro e secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta normativa.

Luogo	Data	Firma dell' avente diritto x
-------	------	---------------------------------

I DOCUMENTI DA INOLTARE SONO INDICATI NELLA "GUIDA ALLA COMPILAZIONE DEL MODULO DI DENUNCIA SINISTRO". PER QUALSIASI CHIARIMENTO CONTATTARE IL NUMERO TELEFONICO 06.492161.

Luogo	Data	Firma dell' avente diritto x
-------	------	---------------------------------



MetLife Europe Limited 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, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 635.000 emesse. **Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited**, Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, 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, all'appendice dell'albo delle Imprese Assicuratrici, Elenco I.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (ART. 13 D. LGS. N. 196/2003)

Gentile Cliente,

La informiamo che i Suoi dati personali acquisiti direttamente da Lei o tramite terzi¹, anche successivamente nel corso del rapporto con Lei instaurato, saranno utilizzati dalla Nostra Società, MetLife Europe Limited (titolare del trattamento) al solo fine di fornire i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti². A tali scopi Lei potrebbe fornire alla Nostra Società eventuali dati sensibili³ (come, ad esempio, le informazioni riportate in questionari sanitari o certificati medici, cartelle cliniche) indispensabili per lo svolgimento delle verifiche necessarie all'instaurazione del rapporto di assicurazione (c.d. assunzione medica) o all'esecuzione delle prestazioni richieste (es.: la liquidazione di un eventuale sinistro). Il conferimento dei Suoi dati risulta pertanto necessario per il perseguimento delle suddette finalità. Senza di essi non saremmo infatti in grado di fornirLe correttamente i servizi, le prestazioni e i prodotti assicurativi da Lei richiesti. I Suoi dati saranno utilizzati, nell'ambito delle Nostre strutture, solo dal personale preposto alla gestione del rapporto di assicurazione, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e con modalità strettamente coerenti con le finalità appena richiamate. Alcuni Suoi dati potranno essere comunicati a: (i) società del Nostro gruppo e a società di Nostra fiducia, che svolgono per Nostro conto attività e servizi strettamente connessi al rapporto di assicurazione e che utilizzeranno i Suoi dati in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento⁴, nonché (ii) ad enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge o di contratto⁵. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile sul sito internet: www.metlife.it. Taluni Suoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea e negli U.S.A⁶ qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione ai rischi assicurati, alla gestione dei premi e delle liquidazioni dei sinistri. La invitiamo pertanto a rilasciare alla Nostra Società, con la sottoscrizione della clausola posta nel Modulo di adesione al Programma Assicurativo, il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, ivi compresi i dati sensibili da Lei eventualmente forniti, ai fini della gestione del Suo rapporto di assicurazione e dello svolgimento delle attività connesse, nei limiti e con le modalità sopra indicate. In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati ed eventualmente chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento (ed esercitare gli altri diritti previsti dall'art. 7 del D.lgs. n. 196/2003) rivolgendosi al Responsabile del Dipartimento della linea individuali, in qualità di responsabile del trattamento dei Suoi dati, presso MetLife Europe Limited Rappresentanza Generale per l'Italia, Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it.

NOTE

1 Come, ad esempio, nel caso di polizze collettive o individuali che la qualificano come assicurato o beneficiario stipulate anche tramite agenti, broker o altri intermediari assicurativi, ovvero nel caso in cui, per una corretta e sicura assunzione e gestione dei rischi, sia necessario acquisire informazioni aggiuntive tramite società di informazioni commerciali.

2 Stipulazione ed esecuzione di contratti di assicurazione, raccolta premi, liquidazione sinistri, riassicurazione, coassicurazione, prevenzione e individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali, costituzione esercizio a difesa dei diritti dell'assicuratore, adempimento degli specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

3 Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare 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, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

4 In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di intermediazione creditizia, società di servizio cui siano affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione.

5 ANIA, ISVAP, Central Bank of Ireland Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni.

6 Precisamente alla società di riassicurazione ed alla capogruppo Metropolitan Life Insurance Inc. (MetLife), cui la Nostra società è tenuta a trasmettere un rapporto relativo ai sinistri di particolare entità.



MetLife Europe Limited 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, capitale sociale autorizzato pari ad € 100.000.000,00 suddiviso in 100.000.000 azioni ordinarie dal valore di € 1,00 ciascuna, di cui 635.000 emesse. **Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited**, Via Andrea Vesalio n. 6, 00161 Roma, 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, all'appendice dell'albo delle Imprese Assicuratrici, Elenco I.