

# MODULO DI DENUNCIA SINISTRO "WECARE PROTEZIONE"

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO CHE HA SUBITO IL SINISTRO		
Nome:	. Cognome:	
Luogo di Nascita:	. Data di Nascita (gg/mm/aa): Sesso: M	F $\square$
Codice Fiscale:	Recapito Telefonico:	
Indirizzo:	Cap: Comune: Prov:	
DATI RELATIVI ALL'EVENTO PER IL QUALE SI RICHIEDE L'INDENNI	<u>NIZZO</u>	
☐ Decesso a seguito di Infortunio ☐ Invalidità Permanento	nte a seguito di Infortunio 🔲 Diaria da Ricovero a seguito di Info	ortunio
Data di accadimento (gg/mm/aa): Ora:	Luogo:	
Descrizione delle cause e delle circostanze dell'Infortunio e delle consegu	guenze immediate:	
RIFERIMENTI DI CONTO CORRENTE (PER L'EVENTUALE LIQUIDAZI	ZIONE DELL'INDENNIZZO)	
Intestatario:	Codice Iban:	

## <u>DOCUMENTAZIONE GIUSTIFICATIVA DA ALLEGARE AL MODULO DI DENUNCIA SINISTRO OPPURE DA INVIARE SUCCESSIVAMENTE</u> QUALORA NON ANCORA DISPONIBILE ALLA DATA DI COMPILAZIONE DEL MODULO

#### **DECESSO A SEGUITO DI INFORTUNIO**

- Certificato di morte in originale;
- Certificato di pronto soccorso o analoga certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento;
- Certificato del 118 intervenuto o, in caso di Ricovero in Istituto di Cura, cartella clinica in copia conforme all'originale;
- Referto autoptico;
- Referto della pubblica autorità da cui si possano rilevare le precise circostanze del Decesso in copia conforme all'originale;
- Certificato sostitutivo dell'atto di notorietà in copia conforme all'originale o, in caso di eredi testamentari, copia autenticata del testamento;
- In caso di eredi minori, autorizzazione del giudice tutelare alla riscossione dell'Indennizzo da parte del tutore in copia conforme all'originale.

### INVALIDITÀ PERMANENTE A SEGUITO DI INFORTUNIO

- Certificato di pronto soccorso o analoga certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento;
- Certificato del 118 intervenuto o, in caso di Ricovero in Istituto di Cura, cartella clinica in copia conforme all'originale;
- Documentazione relativa a visite specialistiche e/o diagnostiche effettuate successivamente all'Infortunio e comprovanti l'evoluzione dello stesso;
- Referto della pubblica autorità eventualmente intervenuta in copia conforme all'originale;
- Certificato medico che attesti la stabilizzazione dei postumi invalidanti.

#### DIARIA DA RICOVERO A SEGUITO DI INFORTUNIO

Cartella clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza.

#### Informativa per il trattamento dei dati personali

(art. 13 d.lgs. n. 196/2003)

#### Gentile Cliente.

ad integrazione delle informazioni che Le sono già state rese all'atto della stipula della polizza assicurativa, e riportate nell'informativa sulla privacy consultabile sul sito <a href="www.metlife.it">www.metlife.it</a>, La informiamo che i dati personali, anche sensibil¹i, da Lei forniti con la compilazione del modulo di denuncia del sinistro e con l'eventuale invio di documentazione sanitaria (es. informazioni in questionari sanitari, certificati medici, cartelle cliniche) saranno utilizzati dalla Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited e/o MetLife Europe Insurance Limited (titolari del trattamento), al fine di accertare la sussistenza delle condizioni per la liquidazione del sinistro e per procedere all'eventuale indennizzo. Il conferimento di tali dati risulta pertanto necessario al perseguimento delle suddette finalità, e senza di essi non saremmo in grado di valutare la Sua richiesta di indennizzo.

Tali dati saranno utilizzati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici, solo dal personale preposto alla gestione e liquidazione dei sinistri nell'ambito delle strutture delle Nostre Società ed ivi conservati per il tempo strettamente necessario alle finalità sopra descritte.

In particolare i dati personali potranno essere comunicati e trattati da: coassicuratori e riassicuratori; agenti, broker, ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (es. banche, istituti finanziari, SIM); call center; legali, investigatori e periti, consulenti medici, attuari, società di amministrazione del

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. Amministratori: Sarah Alicia Celso (cittadina americana), Lukas Ziewer (cittadino svizzero), Dirk Ostijn (cittadino belga), Roy Keenan, Alan Cook (cittadino inglese), Brenda Dunne, Nicolas Hayter (cittadino inglese). Sede secondaria e Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited, 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. 1.00110 dell'Elenco I annesso all'Albo delle Imprese Assicurative.



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; (iii) enti ed organismi pubblici, associativi e consortili del settore assicurativo per l'adempimento di obblighi di legge (es. per adempiere agli obblighi in materia di antiriciclaggio) o di contratto quali, a titolo esemplificativo: ANIA, IVASS, CONSOB, Central Bank of Ireland, Ministero dell'Industria e dell'Artigianato, CONSAP, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, Banca d'Italia, Unità di Informazione Finanziaria, Casellario Centrale Infortuni. L'elenco completo ed aggiornato di tali soggetti è disponibile presso la sede delle Nostra Società. Taluni tuoi dati potrebbero inoltre essere comunicati a società del Nostro gruppo situate in Paesi appartenenti all'Unione Europea qualora ciò risulti strettamente necessario per particolari esigenze connesse alla elaborazione di specifiche statistiche in relazione alla liquidazione dei sinistri. Se interessato, contrassegnando l'apposito *check-box*, potrà altresì acconsentire all'utilizzo di alcuni suoi dati per il compimento di sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso attraverso modalità automatizzate di contatto (es. *email*) o attraverso modalità tradizionali (posta cartacea o telefonate tramite operatore), ai sensi dell'art. 130, co. 1 e 2 del D.lgs. 196/03. Il rilascio del consenso per tali finalità è facoltativo, ma a MetLife per valutare il grado di soddisfazione della clientela e migliorare il servizio reso.

In ogni momento, Lei potrà consultare i Suoi dati e chiederne l'eventuale aggiornamento, rettifica, integrazione od opporsi al loro trattamento, in tutto o in parte, ivi inclusa la possibilità di esprimere successivamente una diversa volontà sulle modalità di contatto² rivolgendosi alla Rappresentanza Generale per l'Italia delle Nostre società, MetLife Europe Limited e/o MetLife Europe Insurance Limited, presso Via A. Vesalio n. 6, 00161 Roma, tel. 06/492161, fax 06/49216300, e-mail sede.roma@metlife.it.

<sup>1</sup>Per dato sensibile s'intende qualunque informazione personale idonea a rivelare lo stato di salute, nonché la vita sessuale, 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 (art. 4, comma 1, lett. d) del d.lgs. 196/2003).

<sup>2</sup>È sua facoltà, ove interessato, comunicarci in qualunque momento una diversa volontà circa la partecipazione a sondaggi ed analisi sulla qualità del servizio reso, ovvero sulle modalità di comunicazione.

#### CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Presa visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali qui sopra riportata, ai sensi della normativa sulla privacy (D.lgs. n. 196/2003) acconsento al trattamento dei miei dati personali e sensibili, da parte della Rappresentanza Generale per l'Italia di MetLife Europe Limited e/o di MetLife Europe Insurance Limited per le finalità, secondo le modalità e mediante i soggetti indicati nella predetta informativa.

Acconsento inoltre al trattamento dei miei dati per ricerche ed analisi sulla qualità del servizio		
Data (gg/mm/aa):	Firma dell'Assicurato (leggibile)	

DA INVIARE A MEZZO DI LETTERA RACCOMANDATA A/R A: METLIFE EUROPE LIMITED RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA, UFFICIO SINISTRI, VIA A. VESALIO N. 6, 00161 ROMA