

SENZA RICOVERO CON RICOVERO DAY HOSPITAL DAY SURGERY

GRAVI MALI TERAPIA ONCOLOGICA PRONTO SOCCORSO

- Dichiaro che sono trascorsi più di 15 giorni dalla ripresa dell'attività convenzionale** (barrare se l'invio del modello si riferisce alla richiesta di apertura di un nuovo del sinistro)
- Dichiaro che svolgo altri incarichi in convenzione** (barrare se l'invio del modello si riferisce alla chiusura del sinistro).
- Dichiaro che non svolgo altri incarichi in convenzione** (barrare se l'invio del modello si riferisce alla chiusura del sinistro).
- CON POSTUMI DA I.P.** (In tal caso si dovrà inviare la documentazione relativa fino alla chiusura)
- I.P. DA INFORTUNIO SUPERIORE 7%** (allegare certificato se apertura con postumi e documenti fino alla chiusura)
- I.P. DA MALATTIA PARI O SUPERIORI AL 25%** (allegare certificato se apertura con postumi e doc. fino alla chiusura)
- SENZA POSTUMI**

Comunica per sinistro da INFORTUNIO (da compilare solo per denuncia infortuni)

Luogo di accadimento _____

Data ed ora di accadimento _____

infortunio professionale extraprofessionale itinere

SINTETICA DESCRIZIONE DEL SINISTRO (infortuni e/o malattia) e le conseguenze riportate

Il sottoscritto, al fine della relativa apertura della pratica, come previsto dal contratto di polizza, allega la documentazione inerente la RICHIESTA sopra contrassegnata (onde evitare l'errata trascrizione dei dati, si prega, **di fornire la documentazione in formato PDF.**

L'esatta produzione, invio e ricezione dei documenti relativi alla richiesta di apertura/seguito/chiusura del sinistro sono ad esclusiva responsabilità dell'assicurato - NON possono essere accettati documenti o procedure difformi dal previsto.

INFORMATIVA RIGUARDANTE IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ai sensi dell'art. 13 Reg. Ue 2016/679 e s.m.i.)

La Società Cattolica di Assicurazione Società Cooperativa, con sede in Verona (Italia), Lungadige Cangrande n. 16, quale Titolare del trattamento fornisce le seguenti informazioni.

I dati personali (quali ad esempio i dati anagrafici, codice fiscale, indirizzo, domicilio, recapiti telefonici, ecc.), anche eventualmente riferiti a terzi, compresi quelli riferiti allo stato di salute, da Lei forniti o da altri per suo conto, sono utilizzati dalla scrivente Società (la cui sede e dati identificativi, Lei trova indicati in basso nella carta intestata) in qualità di Titolare del trattamento, esclusivamente per la gestione del sinistro, delle attività strumentali connesse, quali quelle inerenti all'antifrode e alla tutela dei diritti, e con le modalità e procedure strettamente necessarie allo scopo indicato. Senza i suoi dati personali – il conferimento di alcuni dei quali può essere obbligatorio per legge, come ad esempio nel caso del codice fiscale – nonché il rilascio del consenso per i dati relativi allo stato di salute, la Società potrebbe non essere in grado di effettuare correttamente la gestione e liquidazione del danno.

I dati possono essere conosciuti da parte di altre società del Gruppo Cattolica (**l'elenco delle società del Gruppo è rinvenibile sul sito www.cattolica.it**) cui appartiene il Titolare, che facenti parte dello stesso Gruppo imprenditoriale hanno un interesse legittimo a trasmettere dati personali all'interno del Gruppo e da parte di altre società che svolgono attività strumentali e funzionali, quali a mero titolo di esempio, la postalizzazione. I dati possono essere comunicati per la corretta gestione dei rapporti instaurati, tenuto anche conto dei diversi rami assicurativi a cui si riferisce il sinistro, ad altri soggetti del settore assicurativo, quali altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, banche, agenti, subagenti, produttori, broker, intermediari; periti, carrozzieri, riparatori, medici fiduciari, centrali operative di assistenza, consulenti valutatori, centri di demolizione di autoveicoli, accertatori e legali, loss adjuster; società di servizi cui sia affidata la gestione e/o la liquidazione dei sinistri; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, e Autorità di Vigilanza e di Controllo competenti; altresì a soggetti che prestano servizi investigativi, per il controllo delle frodi, di recupero dei crediti, di archiviazione documentale, di tutela legale, al contraente di polizza. Alcuni dati devono essere comunicati, per obbligo di legge, a enti e organismi pubblici, quali Ivass (ad esempio alla Banca Dati Sinistri, istituita allo scopo di rendere più efficace la prevenzione e il contrasto di comportamenti fraudolenti), Consap, Casellario Centrale Infortuni, Agenzia delle Entrate, UIC, Motorizzazione Civile, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

Il trattamento dei dati è eseguito con procedure informatiche o comunque mezzi telematici e/o supporti cartacei ad opera di soggetti designati Responsabili, ovvero impegnati alla riservatezza. I dati sono conservati in archivi cartacei ed elettronici con assicurazione di adeguate misure di sicurezza. I dati personali non sono soggetti a diffusione. I dati raccolti, nell'eventualità e sempre per le finalità liquidative predette, possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, a soggetti che collaborano con il Titolare e con le altre società del Gruppo Cattolica.

I dati oggetto di trattamento sono conservati solo per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle attività/finalità sopra descritte nonché per adempiere ad obblighi contrattuali e normativi, legislativi e/o regolamentari. Di norma, il termine di conservazione è di 10 anni dalla data dell'ultima registrazione o, se posteriore, dalla data di liquidazione definitiva del sinistro, superati i quali verranno cancellati o, se mantenuti per fini statistici, resi anonimi in modo irreversibile.

L'interessato potrà far valere i propri diritti, rivolgendosi al Titolare del trattamento e per esso al Responsabile della Protezione dei Dati (DPO) del Gruppo Cattolica con sede in (37126) Verona, Lungadige Cangrande, 16, email dpo@cattolicaassicurazioni.it, come espressi dagli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 Reg. Ue (quali ad esempio quello di avere la conferma che sia in corso o meno un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso di ottenere l'accesso ai dati personali e alle seguenti informazioni: finalità del trattamento, categorie di dati, destinatari degli stessi, quando possibile il periodo di conservazione o i criteri per determinarlo). Inoltre ottenere la rettificazione, la cancellazione (oblio) la limitazione al trattamento o l'opporvi, in qualsiasi momento, al trattamento nonché le informazioni sull'origine dei dati se non raccolti presso l'interessato.

L'interessato inoltre ha il diritto alla portabilità dei dati nonché di proporre un reclamo all'autorità di controllo.

Il Titolare r.l.p.t.

Prestazione del consenso

Preso visione dell'informativa resa per il trattamento dei dati ai sensi del Reg. Ue e s.m.i., garantendo l'osservanza degli obblighi su di me facenti capo per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, consapevole, altresì, che in difetto di consenso il Titolare **non potrà dar seguito alle operazioni di trattamento sottoposte a consenso espresso e specifico**, con riferimento:

al trattamento sopra descritto dei dati personali anche relativi allo stato di salute per le finalità relative all'attività liquidativa e strumentali connesse, quali quelle inerenti all'antifrode ed alla tutela dei diritti, ed alle relative modalità di svolgimento strettamente connesse all'attività detta, ed anche alla comunicazione agli altri soggetti sopra indicati nell'informativa, anche appartenenti alla catena assicurativa, al trattamento da parte di essi, nonché al trasferimento all'estero fuori dal territorio nazionale, anche extra UE, degli stessi dati (anche sensibili) sempre per le medesime finalità liquidative, per i casi nei quali non può essere effettuato senza il consenso;

CONSENSO **NON CONSENSO**

Luogo Data Firma *

Numero sinistro e partita di danno: _____

Nome e cognome: _____

*In caso di minori sottoscrivono i soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI DENUNCIA DI APERTURA O INVIO DOCUMENTI CHIUSURA SINISTRO POLIZZA N° 2106.30.300039 E.N.P.A.M. - SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONE SOC. COOP.

Per denunciare un sinistro di malattia o infortunio occorre stampare il presente modulo e compilarlo in tutte le parti inerenti all'interessato.

- Indicare in quale settore o più settori il medico presta l'attività in convenzione con il servizio sanitario nazionale
- Indicare tutti i dati personali richiesti compresi indirizzi mail recapiti telefonici c.f. (obbligatorio).
- Indicare la sezione 1 o 2 per la quale si richiede l'apertura
- Indicare se l'invio del modulo si riferisce ad **apertura** del sinistro (il verificarsi di fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione)
- Indicare se eventuale altro invio si riferisce ad **integrazione** di documenti in precedenza inviati ma incompleti, riportando il numero del sinistro
- Indicare se l'invio si riferisce ai documenti di **chiusura** del sinistro, in tal caso riportare il numero del sinistro
- Indicare se l'evento ha necessitato ricovero o quant'altro riportato
- Indicare in caso di richiesta di apertura di ulteriore sinistro, se in riferimento al precedente sinistro sono trascorsi più di 15 giorni dalla ripresa dell'attività convenzionale
- Indicare se si svolgono altri incarichi in convenzione con il servizio sanitario nazionale
- Indicare se non si svolgono altri incarichi in convenzione con il servizio nazionale sanitario
- Indicare se l'apertura/chiusura è richiesta con postumi o senza postumi (non obbligatorio)
- Indicare quanto richiesto nel caso di denuncia infortunio
- Indicare una breve descrizione dell'accadimento e/o le conseguenze
- Completare la compilazione del modulo relativo al trattamento dei dati personali.

A seguito dell'invio del modello correlato dei doc. necessari all'apertura (vedi pag.1 del modello) Le sarà inviata una comunicazione via mail recante il numero di sinistro, e come nota di cortesia anche l'elenco dei documenti necessari da produrre ed esibire per la chiusura della pratica relativa alla polizza 30 giorni medici.

Per l'invio dei documenti di chiusura (si consiglia di inviarli con una unica spedizione) è necessario stampare la pag. 1 del modello e indicare sbarrando l'indicazione chiusura e il numero del sinistro; a questo va allegata tutta la relativa documentazione comunicata nella mail.

La documentazione inviata all'ufficio liquidazione competente sarà esaminata e risultando completa ed esatta sarà disposto il bonifico per la liquidazione del sinistro.