

**MODULO DI DENUNCIA DI APERTURA SINISTRO POLIZZA N° 2106.30.300061
IN VIGORE DAL 01/02/2020**

E.N.P.A.M. - SOCIETA' CATTOLICA DI ASSICURAZIONE SOC. COOP.

"PRIMI TRENTA GIORNI DI MALATTIA ED EVENTUALI CONSEGUENZE ECONOMICHE DI LUNGO PERIODO INVALIDITA' PERMANENTE E CASO MORTE IN CONSEGUENZA DI INFORTUNIO INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA IN FAVORE DEI MEDICI DI ASSISTENZA PRIMARIA E DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE E DEI MEDICI DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE".

Il presente modello (barrando i casi ricorrenti) deve essere utilizzato sia per la denuncia di malattia che di infortunio.
Si prega di compilare il modulo in formato stampatello leggibile

L'Assicurato deve comunicare l'inizio della malattia e/o malattia in gravidanza e/o infortunio che comporti l'impossibilità di prestare la propria opera nei termini previsti dalla polizza (**entro dieci giorni dall'inizio della malattia stessa ovvero dalla dimissione dall'istituto di cura**) inviando il presente modulo debitamente compilato allegando il relativo certificato medico contenente la diagnosi e la prognosi.

SI consiglia di consultare la polizza pubblicata sulla pagina web www.polizza30giornimedici.it

INVIARE SOLAMENTE CON UNA DELLE MODALITA' SOTTORIPORTATE AD UNO DEI SEGUENTI INDIRIZZI

PEC malattia: 30ggmalattia.cattolica@legalmail.it PEC infortuni: 30gginfortuni.cattolica@legalmail.it

FAX: 06/92912306 –

Numero Verde: 800.688.317

RACCOMANDATA: Società Cattolica di Assicurazione Soc. Coop. – Agenzia Roma Grandi Rischi - Piazza Sallustio, 9 – 00187 ROMA

Il sottoscritto, ai sensi degli articoli 19 e 46 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000, consapevole delle responsabilità penali previste dalla legge per le false e mendaci dichiarazioni, dichiara sotto la sua personale responsabilità quanto segue:

PER I MEDICI DI MEDICINA GENERALE DEI SEGUENTI SETTORI:

(indicare il settore/i per il quale viene svolta l'attività in convenzione con il SSN e per il quale si richiede l'apertura)

- ASSISTENZA PRIMARIA
 CONTINUITA' ASSISTENZIALE
 ASSISTENZA PRIMARIA e CONTINUITA' ASSISTENZIALE
 EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

Cognome _____ Nome _____

Luogo e data di nascita _____

Residenza

Via _____ CAP _____ città _____

Domicilio (se diverso da resid.za)

Via _____ CAP _____ città _____

Codice Fiscale obbligatorio)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Recapito tel.fisso _____ mobile _____

Indirizzo email _____ PEC _____

CODICE IBAN



Comunica per l'apertura del 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 le conseguenze riportate

Richiede la CHIUSURA del sinistro N..... alle condizioni previste dalla relativa sezione del contratto di polizza

N.B. Bisogna allegare il certificato di PS o di primo soccorso, se non si è in possesso è possibile inviare una DICHIARAZIONE con la descrizione dettagliata dell'evento

CHIUSURA DEL SINISTRO da INFORTUNIO o richiesta di apertura per INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO DICHIARO:

Il sinistro è **SENZA POSTUMI (o inferiori al 7%)**

Il sinistro ha **POSTUMI DA INFORTUNIO (se si richiede l'apertura per IPI bisogna allegare un certificato medico comprovante i POSTUMI superiori al 7%)**

Il sottoscritto, al fine della relativa apertura/chiusura 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 del sinistro sono ad esclusiva responsabilità dell'assicurato - NON possono essere accettati documenti o procedure difformi dal previsto.

Luogo-

Data

Firma *

CHIUSURA DEL SINISTRO da MALATTIA o richiesta di apertura per INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA DICHIARO:

- SENZA POSTUMI (o con postumi inferiori al 25%)**
 CON POSTUMI DA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA – (bisogna allegare un certificato medico con indicazione percentuale di invalidità pari o superiore al 25%)

IMPORTANTE IL SINISTRO IPM DA MALATTIA SI DEVONO ALLEGARE:

- CERTIFICATO MEDICO comprovante i POSTUMI pari o superiori al 25%**
 AUTOCERTIFICAZIONE (vedi modulo pag.5)

SINISTRO IPM N.....

Richiede la visita da parte del fiduciario della Società (devono essere passati 160 dalla denuncia di apertura del sinistro IPM)

Il sottoscritto, al fine della relativa apertura/chiusura 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 del sinistro sono ad esclusiva responsabilità dell'assicurato - NON possono essere accettati documenti o procedure difformi dal previsto.

Luogo-

Data

Firma *

AUTOCERTIFICAZIONE IPM

(In osservanza a quanto previsto dal -----)

Città _____, data _____

| | | |
|-------------------------|-----------------------|----------------|
| N. SINISTRO – POSIZIONE | AGENZIA DI PERTINENZA | N. POLIZZA |
| | | 00210630300061 |
| CONTRAENTE ENPAM | | ASSICURATO |
| | | |

Nome _____ Cognome _____

Codice Fiscale _____

Data di nascita ___/___/___ a _____ prov. _____ residente _____

prov. _____ indirizzo _____ cap. _____ tel. _____

domiciliato a (indicare solo se diverso dalla residenza) _____

prov. _____ indirizzo _____ cap. _____

Email _____ PEC _____

dichiara alla Compagnia _____ e per opportuna conoscenza all'Ente Nazionale di Previdenza e Assistenza Medici

che lo stato invalidante per il quale ha richiesto l'indennizzo:

non è mai stato denunciato e liquidato dalla polizza precedentemente stipulata dalle OO.SS. a copertura del medesimo rischio assicurato.

è già stato indennizzato dalla polizza precedentemente stipulata dalle OO.SS. a copertura del medesimo rischio assicurato.

Consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

In Fede

Allegati:

fotocopia del documento di identità

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 consortili 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;

CONSENTO **NON CONSENTO**

Luogo

Data

Firma *

Nome e cognome: _____



ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE DEL MODULO DI DENUNCIA DI APERTURA O INVIO DOCUMENTI CHIUSURA SINISTRO POLIZZA N° 2106.30.300061 E.N.P.A.M. - SOCIETA' 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 (esempio: Continuità Assistenziale ed Assistenza Primaria)
- Indicare tutti i dati personali richiesti compresi indirizzi mail recapiti telefonici Codice Fiscale (obbligatorio).
- Indicare la sezione 1(malattia) o 2(infortunio) per la quale si richiede l'apertura
- Indicare (il verificarsi di fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione)
- 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 quanto richiesto nel caso di denuncia infortunio (luogo data e ora di accadimento)
- Indicare una breve descrizione dell'accadimento e/o le conseguenze
- Completare la compilazione del modulo relativo al trattamento dei dati personali.

N.B. Si ricorda che la privacy deve essere firmata e bisogna barrare espressamente la voce CONSENTO. Occorre firmare altresì ogni campo posto alla fine della compilazione della pagina che si è compilata.

N.B. Per le categorie di CONTINUITA' ASSISTENZIALE E EMERGENZA TERRITORIALE non è prevista la copertura della polizza 002106.30.300061 per L' INFORTUNIO PROFESSIONALE.

N.B. La pagina 4 è da compilare solo in caso di richiesta di apertura IPM

A seguito dell'invio del modello correlato dei documenti necessari all'apertura, sarà inviata una comunicazione via mail (se riportata correttamente sul modulo di denuncia) 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).