

DOTTORI COMMERCIALISTI PIANO SANITARIO BASE

MODULO DI ESTENSIONE COPERTURA AL SOLO RISCHIO COVID-19 AL NUCLEO FAMILIARE DELL'ISCRITTO

da inviare firmati e compilati, unitamente alla documentazione precontrattuale (Questionario, GDPR, Modulo di Avvenuta Consegna) e alla Copia del bonifico entro il 31/03/2021, al numero di fax **178-2215562** oppure all'indirizzo e-mail: sanitariacnpadc@doublesinsurance.com

AFFINCHÉ REALE MUTUA ASSICURAZIONI E DOUBLE S INSURANCE POSSANO TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI, È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Presa visione dell'Informativa Privacy allegata, consapevole **che il mio consenso è Obbligatorio**, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali, **ACCONSENTO / ACCONSENTIAMO** al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare; Rimane fermo che il mio consenso e quello dei miei familiari assicurati è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

COGNOME E NOME dell'interessato (*stampatello*) _____ Firma del titolare di polizza _____

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali

Presa visione dell'Informativa Privacy allegata, consapevole **che il mio consenso è facoltativo**, oltre che revocabile in qualsiasi momento, ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 Codice in materia di protezione dei dati personali **esprimo il consenso** al trattamento dei miei dati per le finalità di marketing indicate: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms o mms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui propri prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche.

COGNOME E NOME dell'interessato (*stampatello*) _____ Firma del titolare di polizza _____

Si pregano i curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto degli inabilitati/interdetti.

Barrare se:

☐ Iscritto

☐ Tirocinante

Io Sottoscritto/a _____ Codice meccanografico _____

Luogo di Nascita _____ Data di nascita _____

Residente in Via/Piazza _____

Località _____ Prov. _____ CAP _____

Telefono _____ Fax _____ Cell. _____

e-mail - NO PEC (leggibile) _____ C.F. _____

In qualità di iscritto/pensionato attivo alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Dottori Commercialisti, comunico **di voler acquistare l'estensione alla garanzia copertura rischio Covid-19 per i miei familiari** (coniuge, figli e casi equiparabili ai sensi della convenzione) così come previsto nella convenzione sottoscritta dalla Cassa stessa.

Premi anno 2021

€ 16,00 per ciascun familiare assicurato oltre l'iscritto.

N.B. Per l'iscritto il premio per la copertura estensione Rischio Covid è interamente a carico della Cassa.

Durata della copertura: dal 01.03.2021 al 31.12.2021

Cognome e Nome	Rapporto di parentela	Data di nascita	Codice fiscale	Ha sottoscritto anche la copertura Piano Base 2021 (SI/NO)?

Il premio, pari a € _____ corrispondente alla richiesta di cui sopra, potrà essere pagato a mezzo bonificobancario intestato a:

C.N.P.A.D.C. - Conto Premi polizza sanitaria Reale Mutua

IBAN: IT15N0313801000000013161492

La causale dovrà riportare: Cognome e nome dell'iscritto, Codice meccanografico, e la dicitura "ESTENSIONE RISCHIO COVID".

Copia del bonifico e del modulo di adesione andranno inviati congiuntamente al numero di fax 178-2215562 oppure all'indirizzo e-mail: sanitariacnpadc@doublesinsurance.com

Garanzia COVID-19: la prestazione "indennità sostitutiva" prevista dall'art. A.1.15 del Piano Sanitario Base si intende erogata anche nei seguenti casi:

- Ricovero in struttura ospedaliera a seguito di positività a tampone molecolare SarsCov2 e reso necessario da sintomi* causati da COVID-19 (verranno riconosciute le indennità previste in polizza per la durata dei trattamenti in ospedale e sempre nei limiti di durata previsti nella polizza sanitaria base in essere con la Cassa);
- Ricovero domiciliare* - con il limite di erogazione pari a massimo 10 giorni per evento come previsto dalla circolare del Ministero della Salute del 12/10/2020 – a seguito di positività a tampone molecolare SarsCov2 e reso necessario da sintomi* causati da COVID-19.

Ai fini della presente garanzia:

- per sintomi causati da COVID-19 si intendono tutti quelli diversi da temperatura e/o dolori muscolari e/o i tipici sintomi influenzali, oltre alla perdita di olfatto e/o gusto che sono sintomi tipici che possono permanere per lungo tempo. La garanzia pertanto non opera per soggetti asintomatici o paucisintomatici ovvero con sintomi in forma lieve;
- per ricovero domiciliare – in linea con l'evoluzione dello scenario epidemiologico, che ha comportato l'adozione, da parte dell'Autorità Sanitaria, di provvedimenti alternativi al ricovero e rivolti a pazienti con sintomatologia tale da richiedere il costante monitoraggio e cure/terapie a domicilio - si intende l'attivazione di uno dei provvedimenti di seguito indicati:
 - o USCA – Unità Speciale di Continuità Assistenziale: struttura di raccordo, gestita dalle amministrazioni regionali sanitarie e resa necessaria a seguito del sovraffollamento delle strutture ospedaliere a causa dell'emergenza Sars-Cov-2, con lo scopo di garantire il presidio e l'erogazione di prestazioni sanitarie in ambito domiciliare;
 - o sorveglianza sanitaria attiva domiciliare: certificazione della prognosi e monitoraggio quotidiano del decorso terapeutico prescritto dal personale medico.

La suddetta garanzia non cumula con la copertura prevista dal Piano Sanitario Integrativo. In altri termini, qualora l'Assicurato che usufruisca della garanzia di cui alla presente offerta in seguito a ricovero ospedaliero per COVID-19 abbia acquistato anche il Piano Sanitario Integrativo, nessun indennizzo sarà dovuto da Reale Mutua su quest'ultima polizza; analogamente, qualora a seguito del suddetto ricovero fosse stato attivato il Piano Sanitario Integrativo, l'Assicurato non avrà diritto all'erogazione dell'indennità sostitutiva prevista dalla presente offerta.

Modalità di utilizzo della garanzia

Modalità di denuncia dei sinistri COVID-19: Ogni Assicurato potrà caricare all'interno della propria area Riservata di Blue Assistance la domanda di indennità da COVID-19 o inviare il modulo denuncia sinistro polizza base cartaceo, qui allegato.

In caso di caricamento tramite Area Riservata, l'Assicurato dovrà cliccare sulla casella "RICOVERO" e, a seguire, "INDENNITA'" indicando come data inizio e fine ricovero le date in cui sono stati effettuati i tamponi.

Alla domanda di indennità, salvo ulteriori richieste di integrazione della Compagnia Reale Mutua Assicurazioni anche tramite BLUE ASSISTANCE, dovrà essere allegata la seguente documentazione:

- referto del tampone molecolare attestante la positività e, se già disponibile, referto del tampone di controllo per la negativizzazione;
- la documentazione medica rilasciata dall'ASL/ATS: eventuale cartella clinica in caso di ricovero ospedaliero, o in mancanza documentazione che attesti la sintomatologia e l'attivazione di uno dei provvedimenti sanitari tipici del ricovero domiciliare come sopra definito.

Luogo e data _____

Nome e Cognome del titolare di polizza _____

Firma dell'interessato (leggibile) _____

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE
ESTENSIONE COPERTURA AL SOLO RISCHIO COVID-19 CNPADC 2021**

(IVASS n° 40/2018 art. 58)

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018 art. 58, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione. Qualora Lei non intenda rilasciare le informazioni, per poter procedere al perfezionamento del contratto è necessario che sottoscriva la "DICHIARAZIONE DI RIFIUTO A FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE". La mancanza di tali informazioni impedisce la valutazione dell'adeguatezza del prodotto rispetto alle Sue esigenze.

PRIMA DI INIZIARE LA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUESTIONARIO LE RACCOMANDIAMO DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE FRANCHIGIE/SCOPERTI E LIMITAZIONI/ESCLUSIONI.

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

1) E' interessato alla protezione prevista dall'estensione della copertura al solo rischio Covid-19 per i suoi familiari? SI ☐ NO ☐

2) I suoi familiari NON hanno già altre coperture per Rischio Covid? SI ☐ NO ☐

*rispondere **SI** in caso non abbiano altre coperture;

*rispondere **NO** in caso le abbiano.

3) Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti? SI ☐ NO ☐

4) Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione dei sinistri? SI ☐ NO ☐

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE ESTENSIONE COPERTURA AL SOLO RISCHIO COVID-19 CNPADC 2021

PROCEDA PER CORTESIA COME INDICATO IN UNO DEI SEGUENTI TRE CASI:

A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande SI e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:

Gentile Iscritto,
avendo lei risposto SI a tutte le domande del questionario, l'estensione della copertura al rischio Covid-19 risulta adeguata. Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito CNPADC e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a sanitariacnpadc@doublesinsurance.com

Confermo di voler procedere SI ☐
Luogo e data

Firma dell'interessato (leggibile) _____

B. Se ha deciso di non rispondere ad una o più domande e desidera procedere, firmi per cortesia in questo spazio:

Gentile Iscritto,
ha scelto di non rispondere ad una o più domande del questionario, pur consapevole che ciò non ci permetterà di valutare se la proposta è coerente con le sue richieste ed esigenze assicurative.
Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di non voler fornire le informazioni richieste e di voler comunque stipulare il contratto.
Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito CNPADC e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a sanitariacnpadc@doublesinsurance.com.

Confermo di voler procedere SI ☐
Luogo e data

Firma dell'interessato (leggibile) _____

C. Se al questionario ha indicato NO ad almeno una risposta ed ha risposto a tutte le domande:

Gentile Iscritto,
in relazione alla risposta negativa da Lei fornita ad almeno una domanda, la proposta assicurativa potrebbe non risultare potenzialmente adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari.
Apponendo comunque la firma nello spazio sottostante, lei dichiara di voler stipulare il contratto pur essendo consapevole che l'estensione della copertura al rischio Covid-19 potrebbe non risultare adeguata alle esigenze assicurative dei suoi familiari.
In tal caso, proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito CNPADC e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a sanitariacnpadc@doublesinsurance.com
Qualora ritenesse necessario avere ulteriori chiarimenti, scriva una mail a sanitariacnpadc@doublesinsurance.com per essere ricontattato, indicando nome, cognome e numero di telefono.

Confermo di voler procedere SI ☐
Luogo e data

Firma dell'interessato (leggibile) _____

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEI CLIENTI AI SENSI DEL
REGOLAMENTO (UE) 2016/679 ("GDPR")

	TITOLARE DEL TRATTAMENTO Stefano Francesco Sardara	Denominazione sociale: DOUBLE S INSURANCE BROKER S.P.A <u>Indirizzo</u> Via Mazzini 3 <u>Numero di telefono</u> 0792016047 <u>E-mail</u> doublesinsurancebroker@pec.it
	RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DATI (DPO)	<u>Nome e Cognome</u> Alessandro Asole <u>Indirizzo:</u> Z.I. Predda Niedda str I <u>Numero di telefono:</u> 079.260691 <u>E-mail:</u> privacy@prismaquality.com

	DATI PERSONALI TRATTATI Nome, Cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale/Partita IVA, residenza, numero del documento d'identità, contratti telefonici, indirizzi mail, codici iban etc.
---	--

	FINALITA' DEL TRATTAMENTO		BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO		PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI
	Finalità connesse all'istaurazione e alla esecuzione del rapporto contrattuale fra il Cliente e la Società.		Esecuzione di un contratto/incarico di cui Lei è parte.		Durata contrattuale e, dopo la cessazione, 10 anni.
	Adempiere ad obblighi previsti da regolamenti e dalla normativa nazionale e sovranazionale applicabile.		Necessità di assolvere gli obblighi di legge.		Nel caso di contenzioso giudiziale, per tutta la durata dello stesso, fino all'esaurimento dei termini di esperibilità delle azioni di impugnazione.
	Se necessario, per accertare, esercitare o difendere i diritti del Titolare in sede giudiziaria.		Interesse legittimo.		
	Recupero crediti stragiudiziale.		Interesse legittimo.		
	Finalità marketing: a titolo esemplificativo, invio – con modalità automatizzate di contatto (come sms, mms ed e-mail) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) – di comunicazioni promozionali e commerciali relative a servizi/prodotti offerti dalla Società o segnalazione di eventi aziendali, nonché realizzazione di studi di mercato e analisi statistiche.		Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).		24 mesi
	Finalità di profilazione, analisi delle Sue preferenze, abitudini, comportamenti o interessi al fine di inviarle comunicazioni commerciali personalizzate.		Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento).		12 mesi
	Decorsi i termini di conservazione sopra indicati, i Dati saranno distrutti, cancellati o resi anonimi, compatibilmente con le procedure tecniche di cancellazione e backup.				

	OBBLIGATORIETA' DEL CONFERIMENTO DEI DATI Il conferimento dei dati è obbligatorio per la conclusione del contratto/incarico di brokeraggio, pertanto il mancato, parziale o inesatto conferimento di tali Dati rende impossibile la conclusione dello stesso.
	DESTINATARI DEI DATI I dati possono essere trattati da soggetti esterni operanti in qualità di titolari quali, a titolo esemplificativo: a. Autorità ed organi di vigilanza e controllo; b. Compagnie di assicurazione; c. Periti liquidatori; d. Studi legali; e. Altri intermediari assicurativi/professionali. I dati possono altresì essere trattati, per conto della Società, da soggetti esterni designati come responsabili, a cui sono impartite adeguate istruzioni operative. Tali soggetti sono essenzialmente ricompresi nelle seguenti categorie: a. Società che offrono servizi di invio e-mail; b. Società che offrono servizi di manutenzione del sito web; c. Società che offrono supporto nella realizzazione di studi di mercato.
	SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO I dati potranno essere trattati dai dipendenti e collaboratori delle funzioni aziendali deputate al perseguimento delle finalità sopra indicate, che sono state espressamente autorizzati al trattamento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative.
	TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI IN PAESI NON APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA I dati personali sono conservati su server ubicati a all'interno dell'Unione Europea. Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare i server anche extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.
	DIRITTI DELL'INTERESSATO – RECLAMO DELL'AUTORITA' DI CONTROLLO Contattando l'Ufficio (°) via e-mail all'indirizzo (°), gli interessati possono chiedere al titolare l'accesso ai dati che li riguardano, la loro cancellazione, la rettifica dei dati inesatti, l'integrazione dei dati incompleti, la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'Art. 18 del GDPR, nonché l'opposizione al trattamento nelle ipotesi di legittimo interesse del titolare. Gli interessati, inoltre, nel caso in cui il trattamento sia basato sul consenso o sul contratto e sia effettuato con strumenti automatizzati hanno il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati, nonché, se tecnicamente fattibile, di trasmetterli ad altro titolare senza impedimenti. Gli interessati hanno il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento per finalità di marketing e/o di profilazione, nonché di opporsi al trattamento dei dati per finalità di marketing, compresa la profilazione connessa al marketing diretta. Resta ferma la possibilità per l'interessato che preferisca essere contattato per la suddetta finalità esclusivamente tramite modalità tradizionali, di manifestare la sua opposizione solo alla ricezione di comunicazioni attraverso modalità automatizzate. Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiedono abitualmente o lavorano o dello Stato in cui si è verificata la presunta violazione.

	PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA
	Il sottoscritto _____ Con la sottoscrizione della presente, dichiara di aver ricevuto e preso visione dell'<i>Informativa Privacy</i>. Li _____, il ____/____/____ Firma per esteso leggibile _____
	DICHIARAZIONE DI CONSENSO DELL'INTERESSATO
	Presa visione dell'Informativa Privacy sopra riportata, consapevole che il mio consenso è puramente facoltativo, oltre al revocabile in qualsiasi momento: a. Esprimo il consenso al trattamento dei dati idonei e rivelare dati particolari per le finalità connesse alla sottoscrizione del contratto. ☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO b. Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità di marketing sopra indicate: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms o mms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui propri prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche. ☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO c. Esprimo il consenso al trattamento automatizzato dei miei dati personali, ivi inclusa la profilazione, effettuato per analizzare le mie preferenze, abitudini, interessi (...) al fine di ricevere comunicazioni commerciali personalizzate. ☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO Luogo _____ data _____ Firma per esteso leggibile _____

DOUBLES
BROKER

Redefining Insurance

RICEVUTA DI CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE (restituire firmata)

Spettabile
Double S Insurance Broker Spa
Via Mazzini, 3
07100 Sassari

Il sottoscritto:

Cognome e Nome _____

Nato a _____

il _____

CF _____

P.IVA _____

Residenza o sede legale _____

CAP _____

Località _____

Provincia _____

Estremi della polizza o dell'appendice cui si riferisce la dichiarazione:

Impresa di assicurazione

REALE MUTUA ASSICURAZIONI

Ramo

MALATTIA

N° Polizza*

2016/05/2650123

Decorrenza estensione copertura rischio Covid

01/03/2021

In ottemperanza all'art. 56 comma 3 lettera a) e b) del Regolamento IVASS n. 40 del 02/08/2018, dichiara di avere ricevuto:

- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.

Luogo e data _____

Firma dell'interessato (leggibile) _____

(1) Firma della persona fisica ovvero timbro della persona giuridica e firma di un procuratore.

Si prega vivamente di restituire la presente ricevuta compilata e sottoscritta