

## MODULO B - DOTTORI COMMERCIALISTI PIANO INTEGRATIVO

da inviare firmati e compilati, unitamente alla documentazione precontrattuale (Questionario, GDPR, Modulo di Avvenuta Consegna) e alla Copia del bonifico entro il 31/03/2022, al numero di fax **178-2215562** oppure all'indirizzo e-mail [sanitariacnadc@doublesinsurance.com](mailto:sanitariacnadc@doublesinsurance.com)

AFFINCHÉ REALE MUTUA ASSICURAZIONI E DOUBLES 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

Preso 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'Iscritto (*stampatello*) \_\_\_\_\_ Firma del titolare di polizza \_\_\_\_\_

### Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali

Preso 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'Iscritto (*stampatello*) \_\_\_\_\_ Firma del titolare di polizza \_\_\_\_\_

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

Io Sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Cassa \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

Residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_

Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail - NO PEC (leggibile) \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

### **Il Piano sanitario integrativo è attivabile solamente per i familiari inclusi nel Piano Base.**

Comunico di voler acquistare il Piano Integrativo per l'annualità 2022:

- per me  
 per me e per i miei familiari

Cognome e Nome	Data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale	Quota annuale
		iscritto		€
		coniuge		€
		figlio/a*		€
		figlio/a*		€
		figlio/a*		€
		figlio/a*		€
- Iscritto € 990,00; - Familiari conviventi con età pari o inferiore ai 14 anni versano un premio di €450,00; - Familiari conviventi tra i 15 e i 25 anni versano un premio di 750 euro; - Familiari conviventi sopra i 25 anni versano un premio di 990,00 euro. * si intendono i figli conviventi di età inferiore a 30 anni come risultanti dal certificato dello stato di famiglia			<b>Totale €</b>	

Per le persone sopraindicate, la copertura in forma rimborsuale decorre dalle ore 24 del 01/01/2022 e in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società dalle ore 24 del 31/03/2022.

Il premio, pari a € \_\_\_\_\_ corrispondente alla richiesta di cui sopra, potrà essere pagato a mezzo bonifico bancario a

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

**IBAN: IT15N031380100000013161492**

La causale dovrà riportare: Cognome e nome dell'iscritto, Codice di iscrizione alla Cassa e la dicitura "Piano Integrativo".

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

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Nome e cognome del Contraente/Assicurato di polizza (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma dell'Iscritto (leggibile) \_\_\_\_\_

## Sintesi delle Garanzie del Piano Integrativo

**Il Piano Integrativo prevede la copertura delle spese relative a:**

ricovero in Istituto di cura, anche per parto, e in day-hospital  
intervento chirurgico ambulatoriale  
visite specialistiche e accertamenti diagnostici  
servizi di consulenza telefonica

*\*Per una più completa verifica delle Condizioni generali e di garanzia, il testo di polizza è consultabile su [www.cnpadc.it](http://www.cnpadc.it).*

Il Contraente/Assicurato dichiara di aver ricevuto la nota informativa precontrattuale e si impegna a consegnarne copia agli assicurati per i quali ha richiesto l'inserimento in copertura.

Luogo e Data \_\_\_\_\_

Nome e cognome del Contraente/Assicurato di polizza (in stampatello) \_\_\_\_\_

Firma dell'Iscritto (leggibile) \_\_\_\_\_

## QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE

### PIANO INTEGRATIVO CNPADC 2022

(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 la coerenza del contratto che intende sottoscrivere 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 dal Piano Integrativo CNPADC? SI  NO   
NON ha altre coperture sanitarie ad eccezione della garanzia base e vuole estendere garanzie e massimali? SI  NO   
\*rispondere **SI** in caso **non** abbiano altre coperture;  
\*rispondere **NO** in caso le abbiano.
- 
- 2) E' interessato alla protezione prevista dal Piano Integrativo CNPADC per i Suoi familiari? SI  NO   
I suoi familiari NON hanno già altre coperture per rimborso spese mediche ad eccezione della garanzia base e vuole estendere garanzie e massimali ? SI  NO   
\*rispondere **SI** in caso **non** abbiano altre coperture;  
\*rispondere **NO** in caso le abbiano.
- 
- 3) E' al corrente che per estendere la copertura integrativa ai suoi familiari, gli stessi devono essere inclusi nella base? SI  NO
- 
- 4) Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze, età di adesione ed esclusioni del Piano Integrativo? SI  NO
- 
- 5) Ha preso visione delle modalità di accesso alla liquidazione dei sinistri? SI  NO
- 
- 6) Il premio per l'estensione del Piano Integrativo è in linea con la sua disponibilità di spesa? SI  NO

Luogo e data \_\_\_\_\_

**Firma** (leggibile) \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE**  
**PIANO INTEGRATIVO CNPADC 2022**

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

Gentile Iscritto,

Verificata la coerenza del prodotto in relazione alle Sue richieste, sinteticamente rappresentate nelle domande che precedono, la Polizza Sanitaria risulta adeguata.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel "Modulo di Adesione" e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a [sanitariacnpadc@doublesinsurance.com](mailto:sanitariacnpadc@doublesinsurance.com).

**Confermo di voler procedere**   SI  

**Data**

**Firma dell'Iscritto** \_\_\_\_\_