

## DOTTORI COMMERCIALISTI PIANO SANITARIO BASE MODULO di ESTENSIONE COPERTURA AL NUCLEO FAMILIARE DELL'ISCRITTO ALLA CASSA

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

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. \_\_\_\_\_

In qualità di iscritto/pensionato attivo alla Cassa Nazionale di Previdenza e Assistenza dei Dottori Commercialisti, comunico di voler acquistare il **PIANO SANITARIO BASE per i miei familiari** (coniuge, figli e casi equiparabili ai sensi della convenzione) così come previsto nella convenzione sottoscritta dalla Cassa stessa.

Per i familiari sotto indicati, la copertura decorre in forma rimborsuale dalle ore 00 del 01.01.2022 e in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società dalle ore 24 del 31/03/2022.

Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado parentela	Codice fiscale
			Coniuge/ Convivente	
			Figlio/a	
				Totale €

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

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

Nome e Cognome del titolare di polizza \_\_\_\_\_

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

### Premi anno 2022

**€ 102,00 per 1 solo familiare assicurato oltre l'iscritto, € 204,00 per 2 familiari assicurati oltre l'iscritto e € 306,00 complessivi nel caso di nucleo composto da 3 o più familiari assicurati oltre l'iscritto.**

#### Sintesi delle Garanzie del Piano Base

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 Piano Base prevede la copertura delle seguenti principali prestazioni:

- **Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi** (per le modalità di utilizzo di questa garanzia, si veda di seguito) pre-ricovero, intervento chirurgico, assistenza medica, rette di degenza, accompagnatore, post-ricovero, gestione assistenza domiciliare, trasporto sanitario, trapianti, indennità sostitutiva, telemedicina
- **Alta Specializzazione**
- **Diagnosi comparativa**
- **Prevenzione prestata a favore dei soli Iscritti alla Cassa**
- **Servizi di Consulenza e prestazioni di Assistenza**
- **Morte da Infortunio**
- **Invalità Permanente da Infortunio**
- **Invalità Permanente da Malattia**

### Modalità di utilizzo delle garanzie Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi

Per l'annualità 2022 il piano sanitario Base a favore di tutti gli iscritti relativamente alle garanzie Grandi Interventi e Gravi Eventi Morbosi opererà, in caso di sinistro, con le seguenti modalità:

- 1 Prima di effettuare qualunque prestazione, l'Assicurato dovrà obbligatoriamente contattare la **Centrale Operativa di Blue Assistance** al numero verde **800 555 266**.
- 2 Per tutte le prestazioni, sia in Italia sia all'estero, l'Assicurato potrà avvalersi prioritariamente della Rete sanitaria Blue Assistance al numero verde dall'Italia **800 555 266** oppure dall'estero **+39 011.7425507**; la prestazione verrà, quindi, effettuata in struttura convenzionata da personale sanitario anch'esso convenzionato.
- 3 Solamente per prestazioni che non possano essere erogate in strutture convenzionate da personale sanitario convenzionato, l'Assicurato potrà utilizzare il Piano sanitario al di fuori della Rete di convenzionamento di Blue Assistance.

Le spese sostenute verranno liquidate con l'applicazione dei relativi limiti previsti dal piano. Questo significa che, qualora pervenga a Blue Assistance una richiesta di rimborso per prestazioni effettuate al di fuori del network di convenzionamento, ad eccezione della fattispecie indicata al punto 3, detta richiesta non potrà essere presa in considerazione ai fini del rimborso.

Nome e cognome dell'Iscritto (*in stampatello*) \_\_\_\_\_

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

**QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE  
PIANO BASE 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 Base per i suoi familiari? SI  NO
- 
- 2) I suoi familiari NON hanno già altre coperture per rimborso spese mediche? SI  NO   
\*rispondere **SI** in caso **non** abbiano altre coperture;  
\*rispondere **NO** in caso le abbiano.
- 
- 3) È interessato ad ampliare per i suoi familiari le garanzie sanitarie? SI  NO
- 
- 4) Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze, età di adesione ed esclusioni del Piano Base? SI  NO
- 
- 5) 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 PIANO BASE 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 \_\_\_\_\_

