

MODULO DI DENUNCIA DI SINISTRO INVALIDITÀ PERMANENTE TOTALE (IPT)

La preghiamo di compilare il presente modulo in ogni sua parte e, dopo averlo sottoscritto, di trasmetterlo, unitamente alla documentazione richiesta, tramite la pagina del nostro sito "Come fare per ...denunciare un sinistro" raggiungibile mediante il presente QR code.

In alternativa, sia il modulo che la documentazione richiesta, potranno essere

1. trasmessi tramite e-mail all'indirizzo sinistri@cfassicurazioni.com
oppure
2. inviati tramite raccomandata A.R. a
CF Assicurazioni SpA – Via Paolo di Dono n. 73 – 00142 Roma



Istruzioni per la compilazione

- Allegare copia del documento d'identità dell'assicurato o di altro documento attestante la data di nascita
- Allegare certificazione di Invalidità Permanente Totale rilasciata dagli Enti preposti (INAIL, INPS, ASL, ecc..)
- Allegare documentazione presentata unitamente alla domanda d'invalidità (originale cartelle cliniche, accertamenti diagnostici, valutazioni funzionali, ecc.)
- Allegare l'eventuale relazione del medico legale che ha accertato l'Invalidità Permanente Totale, compilata sul modulo sottostante
- Allegare copia patente di guida ed eventuale verbale dell'Autorità intervenuta se il sinistro è avvenuto alla guida di veicoli
- Allegare documentazione attestante la cessazione del rapporto di lavoro

Il Gruppo CF si riserva di richiedere ogni altra documentazione necessaria o di disporre accertamenti di diversa natura al fine di completare l'istruttoria del sinistro.

**AI SENSI DEL D.P.R. 28/12/2000 n. 445 NON SONO RITENUTI VALIDI DOCUMENTI PRODOTTI
CON AUTOCERTIFICAZIONE**

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento Europeo EU 679/2016)

Dato atto che, al momento della sottoscrizione della polizza, in qualità di assicurato, la Società CF Assicurazioni SpA, mi ha reso l'informativa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 sopra citato, che è sempre visionabile nella sezione privacy del sito web www.cfassicurazioni.com, con la presente io sottoscritto

dichiaro di essere informato/a del fatto che i dati personali anche particolari da me forniti con la compilazione del presente modulo di denuncia, sono necessari a CF Assicurazioni S.p.A. al fine di procedere efficacemente alla gestione e alla liquidazione del sinistro. Sono altresì informato del fatto che la Compagnia ha nominato un Responsabile della protezione dei dati che potrà essere contatto all'indirizzo mail dpo_cf@protectiontrade.it e che posso esercitare i diritti previsti agli artt. 15 e ss del Regolamento scrivendo all'indirizzo mail cf@protectiontrade.it.

Data/...../.....

Firma _____

Dati dell'assicurato

Nome Cognome

Indirizzo Via/Piazza n.civico

C.A.P. Comune Provincia

Codice Fiscale Data di nascita / /

Telefono Indirizzo e-mail

Codice Iban

Polizza n.

Dichiarazioni dell'assicurato

La presente denuncia si riferisce a sinistro conseguente a INFORTUNIO MALATTIA
avvenuto il/...../.....

Data di richiesta del certificato agli enti preposti

Descrivere la causa che ha originato l'infortunio

Professione svolta Lavora ininterrottamente dal

Se non svolge alcuna attività lavorativa indichi il suo stato

Io sottoscritto dichiaro:

- 1) che al momento del sinistro non svolgevo una delle seguenti attività professionali: militare; vigile del fuoco; guardia giurata; addetto al soccorso alpino; lavoro su tetti o impalcature ad altezza superiore a 20 m (es.: muratore, antennista, elettricista su piloni o alta tensione, imbianchino); attività che implicino contatto/uso di sostanze nocive, tossiche, esplosive e/o radioattive; attività a contatto con correnti elettriche superiori a 380 V; attività subacquee (es.: sommozzatore); attività nel sottosuolo (es.: speleologo, minatore); attività in alta montagna (es.: guida alpina); pilota o membro dell'equipaggio di aerei privati e/o elicotteri; istruttore di volo; skipper; collaudatore di autoveicoli e motocicli; pilota professionista; acrobata; domatore di belve; cascatore; magistrato operante in settore a rischio (es.: antimafia); attività che prevedono soggiorni prolungati in paesi a rischio guerra/terrorismo (es.: diplomatico, giornalista)
- 2) di sciogliere da ogni riserbo i medici curanti in relazione agli adempimenti da effettuarsi da parte di CF Assicurazioni S.p.A. in relazione alla presente denuncia
- 3) la conformità al vero delle dichiarazioni tutte da me fornite con la presente denuncia

Data/...../.....

Firma

QUESTIONARIO PER IL MEDICO CURANTE

1. Generalità del paziente (Cognome, Nome e data di nascita) _____
2. Numero tessera del Servizio Sanitario Nazionale _____
3. Da quanto tempo ha in cura il paziente? _____ (n° anni)
4. Specificare la garanzia INFORTUNIO MALATTIA
5. Specificare le conseguenze riportate nell'infornio (lesioni, malattia) _____
6. Data in cui è stata diagnosticata la malattia o si è verificato l'infornio _____
7. La malattia o l'infornio hanno determinato un periodo di ricovero? Se si, la preghiamo di indicare la data di ingresso _____ e la data di dimissioni _____

Inoltre la preghiamo di compilare la sezione sottostante indicando tutte le patologie di cui ha sofferto l'assicurato anche se non correlate alla invalidità permanente totale

DATA (GG/MM/AAAA)	DIAGNOSI	CAUSA	DURATA MALATTIA/ TRATTAMENTO	EVENTUALI RICOVERI (dove e date)

8. Può stabilirsi un nesso di casualità tra l'attuale evento e le precedenti condizioni patologiche? Si No
In caso affermativo quale? _____
9. Il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa? Si No
10. Data a partire dalla quale il paziente non può attendere nemmeno in parte alla normale attività lavorativa/...../.....
11. In caso di risposta positiva, data dalla quale il paziente è in grado di riprendere la normale attività lavorativa _____

Indirizzo dello studio: _____

Telefono _____

Data/...../.....

Firma _____

INFORMATIVA IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEGLI ARTT. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO EU 679/2016

Ai sensi dell'articolo 13 e 14 del Regolamento EU 679/2016 dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (di seguito Regolamento), CF Assicurazioni SpA (di seguito anche "Società"), La informa circa l'utilizzo dei dati personali e sensibili che La riguardano, forniti con la compilazione del "Questionario per il medico curante" cui la presente informativa è allegata ovvero successivamente in sede di contatto con la Società.

1. FINALITÀ DI TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI, CONFERIMENTO DEI DATI E BASE GIURIDICA

I Suoi dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività della Società secondo le seguenti finalità:

- a) finalità amministrative, strettamente connesse e strumentali alla valutazione della condizione clinica del suo paziente ("Assicurato") al fine di procedere alla liquidazione della polizza a favore dello stesso;
- b) finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo. Fatto salvo il caso in cui il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio in quanto richiesto da specifiche normative, lo stesso deve considerarsi sempre facoltativo, sebbene necessario per la gestione amministrativa della polizza. Senza i Suoi dati potremmo non essere in grado di procedere alla liquidazione della polizza a favore dell'Assicurato. La base giuridica del trattamento è il contratto assicurativo stipulato tra la Compagnia e l'Assicurato.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI E TEMPI DI CONSERVAZIONE

Il trattamento dei Suoi dati personali è previsto mediante:

- la raccolta dei medesimi;
- la registrazione, a fini di conservazione in registri cartacei ed elettronici;
- l'organizzazione ed elaborazione dei dati contenuti negli archivi elettronici;
- la comunicazione ad altri soggetti (vedi punto 3);
- la cancellazione e distruzione dei dati, qualora vengano meno i presupposti del trattamento.

Le modalità di trattamento dei dati prevedono pertanto l'utilizzo di strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi in conformità alle norme vigenti. Vengono utilizzati sistemi di prevenzione e protezione, sistematicamente aggiornati e verificati in termini di affidabilità.

I suoi dati personali saranno trattati per adempiere alle finalità su menzionate e successivamente saranno conservati per assolvere agli obblighi previsti dagli obblighi di legge.

3. COMUNICAZIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI

Per il perseguimento delle finalità di cui al punto 1 può essere necessario comunicare i Suoi dati personali oltre che a società del gruppo di appartenenza (soprattutto in considerazione dell'accentramento di alcune attività all'interno del gruppo quali servizi informatici, controllo aziendale, spedizioni ecc.), anche ad altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria quali, a titolo esemplificativo: Ministero dello Sviluppo Economico-Anagrafe Tributaria, Magistratura, Forze dell'Ordine, UIF (Unità di Informazione Finanziaria) istituita presso la Banca d'Italia. Tali soggetti svolgono la funzione di responsabile esterno del trattamento oppure operano in totale autonomia come distinti titolari del trattamento.

I Suoi dati personali non sono soggetti a diffusione. La Compagnia potrebbe avvalersi di fornitori o sub fornitori, riassicuratori che non risiedono nell'Unione Europea, a tal proposito si garantisce

che il trasferimento potrà avvenire solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento dei dati e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno emesso una decisione di adeguatezza nonché verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti normativi/contrattuali quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard. Per ottenere informazioni a tal riguardo, potrà inviare una e-mail all'indirizzo cf@protectiontrade.it

4. DIRITTI DELL'INTERESSATO PREVISTI DAGLI ARTICOLI 15 E SS. DEL REGOLAMENTO

La informiamo, infine, che potrà esercitare i diritti previsti agli artt. 15 e ss del Regolamento a favore dell'interessato, scrivendo all'indirizzo mail cf@protectiontrade.it In particolare, Lei potrà:

- accedere ai suoi dati personali, ottenendo evidenza delle finalità perseguite da parte del Titolare, delle categorie di dati coinvolti, dei destinatari a cui gli stessi possono essere comunicati, del periodo di conservazione applicabile, dell'esistenza di processi decisionali automatizzati, compresa la profilazione, e, almeno in tali casi, informazioni significative sulla logica utilizzata, nonché l'importanza e le conseguenze possibili per l'interessato, ove non già indicato nel testo di questa Informativa;
- ottenere senza ritardo la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano;
- ottenere, nei casi previsti dalla legge, la cancellazione dei suoi dati;
- ottenere la limitazione del trattamento o di opporsi allo stesso, quando ammesso in base alle previsioni di legge applicabili al caso specifico.

Ove lo ritenga opportuno, potrà, proporre reclamo all'autorità di controllo.

5. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è CF Assicurazioni SpA, con sede legale in Via Paolo di Dono n. 73, 00142 Roma.

Il Responsabile della protezione dei dati è la Protection Trade Srl con sede in via Giorgio Morandi, 22 – ITRI (LT). Il responsabile della protezione dei dati potrà essere contattato per le tematiche privacy all'indirizzo mail dpo_cf@protectiontrade.it.