

**MODULO DI DENUNCIA SINISTRO POLIZZA N. 732368834 PRIMI TRENTA GIORNI DI MALATTIA  
ENPAM – GENERALI ITALIA DIVISIONE CATTOLICA ASSICURAZIONE S.p.A.**

**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 A RUOLO UNICO, A CICLO DI SCELTA, AD ATTIVITÀ ORARIA, DI EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE, PENITENZIARI, FISCALI E CONVENZIONATI ESTERNI COMMISSIONI INPS**

**Il presente modello (barrando i casi ricorrenti) deve essere utilizzato sia per la denuncia di malattia che di infortunio.**

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](http://www.polizza30giornimedici.it)**

Inviare solamente con una delle modalità sotto riportate:

**PEC malattia:** 30ggmalattia@legalmail.it

**PEC infortuni:** 30gginfortuni@legalmail.it

**Numero Verde:** 800.688.317

**Raccomandata:** Agenzia Roma Grandi Rischi- RN9 - 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

**Indicare il/i settore/i per il quale viene svolta l'attività in convenzione con il SSN e/o con l'INPS e per il quale si richiede l'apertura:**

- Assistenza primaria a ruolo unico
- Assistenza primaria a ciclo di scelta
- Assistenza primaria solo ad attività oraria
- Medicina penitenziaria
- Emergenza sanitaria territoriale
- Medicina fiscale INPS
- Convenzionati esterni commissioni INPS

**Data evento** \_\_\_\_\_

**Dichiaro che:**

- che sono trascorsi più di 15 giorni dalla ripresa dell'attività convenzionale da un precedente periodo di malattia/infortunio.
- di aver sospeso per tutto il periodo denunciato ogni attività professionale a causa di un'inabilità temporanea assoluta per malattia/infortunio.
- Dichiaro che non svolgo altri incarichi in convenzione.
- Dichiaro che svolgo altri incarichi in convenzione – Indicare quale \_\_\_\_\_

## **DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Sesso  F  M

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Codice Fiscale

## RESIDENZA DEL RICHIEDENTE

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia di residenza \_\_\_\_\_

Recapito tel. fisso \_\_\_\_\_ mobile \_\_\_\_\_

Indirizzo email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**DOMICILIO DEL RICHIEDENTE (compilare solo se diverso dalla residenza)**

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**CODICE IBAN**

## COMUNICAZIONI SEZIONE MALATTIA PRIMI 30 GIORNI

- Chiede l'apertura del sinistro alle condizioni previste dalla relativa sezione del contratto di polizza (scegliere fra le seguenti opzioni e allegare il relativo certificato):

  - Senza ricovero
  - Con ricovero
  - Day hospital
  - Day surgery
  - Pronto soccorso
  - Gravi mali
  - Terapia oncologica

Chiede la chiusura del sinistro per il rimborso dei primi 30 giorni di malattia alle condizioni previste dalla relativa sezione del contratto di polizza

## COMUNICAZIONI SEZIONI MALATTIA INVALIDITÀ PERMANENTE

- Dichiaro che il sinistro denunciato a chiusura dei primi trenta giorni è senza postumi o con postumi inferiori al 25%
- Dichiaro che il sinistro denunciato ha postumi da invalidità permanente da malattia pari o superiori al 25% (allegare certificazione medica comprovante i postumi)

**N.B.: per la richiesta di visita da parte del fiduciario della Società (devono essere passati 120 dalla denuncia di apertura del sinistro IPM). Prima della richiesta della visita del medico fiduciario inviare tutta la documentazione medica che comprovi la stabilizzazione dei postumi.**

## COMUNICAZIONI SEZIONE INFORTUNI PRIMI 30 GIORNI

- Chiede l'apertura del sinistro alle condizioni previste dalla relativa sezione del contratto di polizza (scegliere fra le seguenti opzioni e allegare il relativo certificato):
  - Senza ricovero
  - Con ricovero
  - Day hospital
  - Day surgery
  - Pronto soccorso
- Chiede la chiusura del sinistro per il rimborso dei primi 30 giorni di infortunio alle condizioni previste dalla relativa sezione del contratto di polizza

## INFORMAZIONI INFORTUNIO

- Luogo di accadimento \_\_\_\_\_
- Data ed ora di accadimento \_\_\_\_\_
- Tipologia infortunio:
  - Professionale. Specificare di seguito l'attività esercitata al momento dell'evento \_\_\_\_\_
  - Extraprofessionale
  - In itinere
- Sintetica descrizione dell'infortunio e le conseguenze riportate:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

**COMUNICAZIONI SEZIONI INFORTUNIO INVALIDITÀ PERMANENTE**

- Dichiaro che il sinistro denunciato a chiusura dei primi trenta giorni è senza postumi o con postumi fino al 5%
- Dichiaro che il sinistro denunciato ha postumi da invalidità permanente da infortunio superiori al 5% **(allegare certificazione medica comprovante i postumi)**

**N.B.: Prima della richiesta della visita del medico fiduciario inviare tutta la documentazione medica che comprovi la stabilizzazione dei postumi.**

*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).*

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

Firma \_\_\_\_\_

## Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Numero Sinistro/ Polizza \_\_\_\_\_

### Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali, da lei forniti o acquisiti da terzi(1) sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia), quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati (i) per la proposizione e conclusione dei contratti assicurativi e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (i.a) per gestire il sinistro che la vede coinvolta e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio);(i.b) per comunicare i dati relativi al sinistro ad un soggetto terzo (Enpam), che li tratterà quale Titolare Autonomo di trattamento previa consegna di una separata informativa; (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative(2); (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (i.a), (ii) e (iv) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere e necessita del suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento (tra cui in particolare i dati relativi alla salute); mentre per le finalità di cui alla lettera (iii) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (i.a), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per la finalità di cui ai punto (i.b) è facoltativo e necessita del suo consenso esplicito.

### Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a: Generali Italia S.p.A., Via Marocchese 14, 31021 Mogliano Veneto TV, [privacy.it@generali.com](mailto:privacy.it@generali.com) o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchese 14 31021. La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.

### Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizionale previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

### Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE(3).

### Trasferimento dei dati all'estero

I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa (4) alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personalini). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

## Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia.

### NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.
2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.
3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.
4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

## I miei consensi privacy

Preso visione dell'allegata informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (i.a), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Generali Italia tratterà gli stessi secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Firmando autorizzo inoltre il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate nell'informativa privacy sub (i), (i.a), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

---

Luogo e data

Nome e Cognome leggibile

Firma

CONSENTO

NON CONSENTO

alla comunicazione dei dati necessari per poter gestire eventuali problematiche relative al sinistro, ad Enpam che li tratterà in qualità di Titolare del Trattamento

---

Luogo e data

Nome e Cognome leggibile

Firma

Cattolica Assicurazioni è un marchio commerciale di Generali Italia S.p.A. - Sede Legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchese, 14, CAP 31021 Tel. 041.5492111 - C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso - Belluno n. 00409920584 - Partita IVA 01333550323 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i. v. - Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azionista unico Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi - [www.cattolica.it](http://www.cattolica.it) PEC: cattolica@pec.generaligroup.com