

MODULO RICHIESTA INDENNITÀ CRITICAL ILLNESS

riservato ai Professionisti titolari di copertura automatica o volontaria

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il ___/___/_____

Codice fiscale richiedente _____

Email _____

Telefono/Cellulare _____

Via _____ n. _____ Comune _____

Prov. _____ cap _____

chiede il riconoscimento dell'indennità Critical Illness per la patologia di seguito barrata e allega (in formato PDF):

- Ictus Cerebrale:**
 1. Relazione medica in cui sia accertata l'origine dell'ictus cerebrale e ne siano riconosciute l'entità e la permanenza;
 2. Risonanza magnetica, tac o altre tecniche.
- Cancro o tumore maligno:**
 1. Relazione medica della patologia esistente contenente la diagnosi del cancro o tumore maligno;
 2. Prova istologica di malignità confermata da parte di uno specialista oncologo o anatomopatologo.
- Malattia dei motoneuroni:**
 1. Diagnosi della malattia da parte di uno specialista neurologo.

Ai fini dell'erogazione dell'indennità Critical Illness, indica di seguito il codice IBAN per l'accredito:

IBAN _____

riferito al c/c intestato a _____

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR" o "Regolamento"), si informa che il trattamento dei dati personali e sensibili riguardanti il Professionista iscritto (inerenti dati anagrafici e/o sanitari), forniti con il presente modulo e con la documentazione allegata, è finalizzato unicamente ad eseguire gli obblighi contrattuali e normativi, oltre che a fornire informazioni sui nostri servizi. Il trattamento avverrà presso la sede di Gestione Professionisti - Ebipro in Roma con l'utilizzo di procedure informatizzate, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le predette finalità e presso la sede di società assicurative e di servizi collegate. Gestione Professionisti garantisce che il trattamento dei predetti dati e dei documenti allegati avviene secondo modalità idonee a garantirne la sicurezza, la riservatezza e l'integrità. I dati non verranno utilizzati per finalità difformi da quelle sopra indicate. Per finalità scientifiche e/o statistiche i dati saranno rappresentati in forma anonima. I dati potranno essere comunicati solo ad eventuali Collaboratori, Responsabili o Incaricati del trattamento. Il conferimento dei dati è necessario per l'esatta esecuzione degli obblighi contrattuali e di legge e la loro mancata indicazione comporta l'impossibilità di adempiere alle obbligazioni a carico di Gestione Professionisti. Agli interessati sono riconosciuti tutti i diritti di cui all'articolo 7 del citato Codice ed in particolare il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e/o la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi, rivolgendo le relative richieste per posta al Titolare e Responsabile del trattamento dati per Gestione Professionisti ovvero al suo legale rappresentante pro tempore. Acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento e consapevole che lo stesso può riguardare dati sensibili, in particolare idonei a rivelarne lo stato di salute, l'interessato con la firma del modello, presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Data _____ Firma del richiedente _____

Il presente modulo può essere trasmesso, unitamente alla documentazione necessaria per ottenere l'indennizzo con una delle seguenti modalità:

1. tramite PEC all'indirizzo gestioneprofessionisti@pec.ebipro.it;
2. tramite e-mail all'indirizzo rimborsi.gp@ebipro.it;
3. tramite raccomandata A/R indirizzata a Gestione Professionisti – Ebipro, Viale Pasteur n. 65 – 00144 Roma (RM).