MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSOFONDO SAN.ARTI.
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA PER GLI IMPRENDITORI DELL'ARTIGIANATO

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative

(Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data
Nome e cognome _____

e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
dell'Iscritto (in stampatello)
Firma dell'interessato

e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
dell'Iscritto (in stampatello)
Firma dell'interessato

ISCRITTO: Cognome			Nome	
Nato/a a	il	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Residente in via	n°	CAP	Località/Città	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)	n°	CAP	Località/Città	Prov
N° tel.	Tel cell.	E-mail		

Documentazione richiesta

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico
copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Prestazioni pre e post ricovero
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ricovero per grande intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva
copia cartella clinica completa ☐
copia ticket sanitari ☐

Ricovero per grande intervento chirurgico: richiesta indennità di convalescenza
copia cartella clinica completa ☐
copia prescrizione della convalescenza a all'atto delle dimissioni ☐

Prestazioni di alta specializzazione (SSN), visite specialistiche (SSN)
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ticket per accertamenti diagnostici e pronto soccorso
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Pacchetto maternità
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
in caso di parto: copia cartella clinica completa (o della cartella ostetrica in caso di parto a domicilio) ☐

Indennità da gravidanza - allattamento
gravidanza: certificazione del ginecologo curante con l'indicazione dell'epoca gestazionale ed ecografia ostetrica ☐
allattamento: copia cartella clinica completa (o della cartella ostetrica in caso di parto a domicilio) ☐

Grave inabilità determinata da invalidita' permanente dovuta a infortunio sul lavoro oppure da gravi patologie
copia certificato di pronto soccorso – documentazione INAIL ☐
copia cartella clinica completa ☐

Si allega la copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____
(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile)

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:

c/c intestato a:_____ Banca/Posta_____

Codice IBAN	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva ad UniSalute attraverso l'area riservata del sito internet.

Inviare il modulo a:
Fondo SAN.ARTI. presso UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 40131 Bologna BO

Data _____ Firma dell'Iscritto_____

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per la commercializzazione a distanza di servizi assicurativi e per finalità di marketing

Ai sensi degli artt. 23 e 130 D. Lgs. 196/03 – Codice privacy, dell'art. 67-sexies decies d.lgs. 206/05 - Codice Consumo e dell'art. 15 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del D. Lgs. 209/05 - Codice Assicurazioni Private)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, dichiaro di acconsentire al trattamento dei miei dati personali da parte di UniSalute S.p.A. per le finalità di invio di newsletter e materiale pubblicitario, di compimento di ricerche di mercato, di comunicazioni commerciali o di vendita diretta, attinenti a contratti assicurativi di UniSalute, nonché a prodotti e servizi di altre società del Gruppo Unipol o di società terze (partner commerciali di UniSalute), mediante le seguenti tecniche di comunicazione a distanza: posta, telefono, sistemi anche automatizzati di chiamata, e-mail, fax e SMS o MMS.
Nel caso in cui decidesse di non firmare la presente dichiarazione UniSalute non potrà effettuare le comunicazioni sopra indicate.

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

Firma dell'interessato

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali e Artt. 15 e 16 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/05 – Codice Assicurazioni Private)

Gentile Cliente,
per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati[i].

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione) che Lei stesso od altri soggetti[(1)] ci fornite; nonché di dati di natura sensibile[(2)], indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.
Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge[(3)]. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio **facoltativo** di alcuni dati comuni ulteriori (recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio ed eventualmente, ove Lei sia d'accordo, per illustrarLe nuove opportunità commerciali.
I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa[(4)].

TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (COMUNI E SENSIBILI) PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti[(5)]; ove necessario potranno essere forniti alle altre società del nostro Gruppo[(6)].
I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente) così come richiesto nella specifica sezione della pagina precedente.
I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa[(7)].
Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare", ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

TRATTAMENTO DI DATI COMUNI PER LA COMMERCIALIZZAZIONE A DISTANZA DI SERVIZI ASSICURATIVI ED ALTRE FINALITÀ DI MARKETING

In una sezione separata Le chiediamo di esprimere uno specifico consenso per il trattamento dei Suoi soli dati **comuni** (compresi recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica); il Suo consenso permetterà esclusivamente alla nostra Società di utilizzare i Suoi dati per finalità di invio di comunicazioni commerciali a distanza relative a contratti assicurativi nostri e di altre compagnie del Gruppo Unipol, nonché ad offerte di prodotti e servizi di altre società del Gruppo[(8)] ed anche di società terze, nostri *partners* commerciali. In particolare, previo Suo consenso, i Suoi dati saranno utilizzati per finalità di invio di newsletter e materiale pubblicitario, di vendita diretta, di compimento di ricerche di mercato o di comunicazioni commerciali attinenti ai suddetti servizi e prodotti, mediante le seguenti tecniche di comunicazione a distanza: posta, telefono, sistemi anche automatizzati di chiamata, e-mail, fax e SMS o MMS.
Il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni per tali finalità è facoltativo e il suo mancato rilascio non incide sui rapporti assicurativi in essere.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.
Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è Unisalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna.
Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti www.unisalute.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato – e-mail: privacy@unisalute.it.

Note

1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
3) Ad esempio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
4) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
5) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tariffarie.
6) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UnipolSai Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società appartenenti al Gruppo Unipol.
7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
8) Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. www.unipol.it.

[i] *In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi*

Informativa UniSalute S.p.A. – Tipo B + D – Ed. 01/01/2014