UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

MODULO PER LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE COPERTURA STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE ISCRITTI FONDO SANITARIO INTESA SANPAOLO (NO CASDIC)

UNS_Cons_Cont_02- Ed. 25.05.2018

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

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative
(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Vi ricordiamo che **in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo,** che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali, relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).
Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati Unisalute – **a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.**

Luogo e data
Nome e cognome _____

e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
del titolare di polizza (*in stampatello*)
Firma dell'interessato

Nome e cognome _____
della persona per cui si richiede il rimborso *(in stampatello)*

Firma dell'interessato

* **Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti**

DIPENDENTE/ISCRITTO: Cognome			Nome	
PERSONA PER CUI SI RICHIEDE LA COPERTURA: Cognome			Nome	
Nato/a	il	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Residente in via	N°	CAP	Località/Comune	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Località/comune	Prov
N° tel.	Tel cell.	E-mail		

L'Iscritto sopraindicato richiede per la copertura "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente":

1. EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRESTAZIONE DI ASSISTENZA

Allega:

- Copia delle cartelle cliniche complete ☐
- Copia di documentazione attestante il riconoscimento della pensione di invalidità e dell'eventuale indennità di accompagnamento ☐
- Copia di referti specialistici e strumentali inerenti le patologie che hanno determinato lo stato di non autosufficienza ☐

2. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE MEDICHE

Allega:

- Copia delle cartelle cliniche complete ☐
- Copia di documentazione attestante il riconoscimento della pensione di invalidità e dell'eventuale indennità di accompagnamento ☐
- Copia di referti specialistici e strumentali inerenti le patologie che hanno determinato lo stato di non autosufficienza ☐
- Copia di fatture e ricevute fiscali debitamente quietanzate ☐

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 presente modulo a: UniSalute S.p.A. – servizi di liquidazione – Via Larga, 8 – 40138 Bologna

Data _____ Firma dell'Iscritto _____