

# MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO PIANO SANITARIO DIPENDENTI CCNL UNEBA



#### 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 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 e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non

Luogo e data Nome e cognome				1	Nome e cognome												
e C.F.						Nome e cognome della persona per cui si richiede il rimborso (in stampatello)											
dell'Iscritto (in stampatello) Firma dell'interessato						Firma dell'inte	eressa	to									
* Si pregano i genitori	/curatori/t	tutori di firmare con pr	oprio nome e	cognome	er cont	o dei minori/	inabili	tati/inter	detti								
DIPENDENTE/ISCRITT	O: Cogno	ome						Nome									
PERSONA PER CUI SI	RICHIE	DE IL RIMBORSO: C	ognome						Non	ne							
Nato/a				il	(	Codice Fisca	le			_		_ _		_ _			
Residente in via				N°	CAP		Loca	alità/Com	une							Pro	v
Domicilio (se diverso da residenza)					CAP		Loca	ılità/com	ine							Pro	v
		T-1 0					Loca	inta oonn								110	•
N° tel.		Tel cell			E-mail												
				Docume	ntazio	one richie	eta										
Ricovero in Istituto de chirurgico, parto e a copia cartella clinica de copia fatture e/o ricevo Prestazioni pre e posepia prescrizioni medicopia fatture e/o ricevo Ricovero: richiesta in copia cartella clinica de prestazioni di pre e posepia prescrizioni medicopia fatture e/o ricevo Visite specialistiche copia fatture e/o ricevo pia fatture	borto ter completa ute fiscal st ricove diche con ute fiscal mdennità completa sst ricove secializz diche con ute fiscal e accert diche con	rapeutico e spontan ed eventuali prescriz i iro i indicazione patologi i a sostitutiva ro: copia fatture e/o r azione i indicazione patologi i indicazione patologi i amenti diagnostici i indicazione patologi	ioni mediche la presunta o licevute fiscal la presunta o la presunta o la presunta o	accertata i accertata accertata		Paccher copia fat Trattam ricovero copia pre in caso o completa in caso o Odontoi copia fat Interven Copia pr accertata Copia do Copia fat	ture e enti fi o con escrizi di infor di ricov a di ricov atria/ ture e eti chi escriza a ocume tture e	elo ricevi isiotera o senza ioni med rtunio: ci vero cor vero me ortodor elo ricevi rurgici cioni med entazioni elo ricevi	pici a si intervidiche coopia cen intervidico: le nzia ute fiscodonto diche come medie e medie	seguit vento on indi ertifica ento c ettera c ettera c ali piatric con indi	chirury icazion to di Pr hirurgio dimissio i extra licazior	gico e della ronto Si co: cop one ricover ne della	patolo occors ia carte	ogia so ella ogia	clinica	a unta o	
NUMER	20	DATA		ORTO				IUMER	0		DA	TA			IMPO	ORTO	
									***					10-12			
			1										_				
						-				-						-	
e si dichiara di esse	re a con	nscenza che ai fini d	di una corret	ta valuter	ione de	L sinietro o	della	verifica	della	veridio	ità dell	a docu	menta	zio	ne pro	dotta i	n conia
UniSalute avrà semp Dichiaro di non aver contrario indicare l'As (Informazione obbligatoria	re la facc re altre c ssicurazio	oltà di richiedere anch coperture sanitarie e one/Cassa/Fondo/Eni	ne la produzio di non aver te:	one degli	originali	di spesa.											
		A: 6:!	dal rimit -	roo di-	tte -	otifica I-	000	udir of	ber	ooric.		***************************************					
c/c intestate a:		ALTINI	del rimbo	iso aire		Banca/Pos		umate	, pan	carie	•						
c/c intestato a:						Darica/F08	ia										7
Codice IBAN							_		_ _								
								and the second									
In caso di modific	a del Co	dice IBAN, è neces	sario darne	comunica	zione t	empestiva	ad Ur	niSalute	attrav	/erso	'area	riserva	ta del	sito	inter	net.	
		dice IBAN, è necess		***************************************													

Data	Firma dell'Iscritto





## MODULO PER LA RICHIESTA DI ATTIVAZIONE STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE (COPERTURA OPERANTE PER IL SOLO TITOLARE) PER I DIPENDENTICCNL UNEBA

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO I	DEI
DATI PERSONALI	
Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative	

Luogo e data	Nome e cognome e C.F.	miliare (in stampatello)		
SCRITTO				
Cognome		Nor	me	
Nato/a a	il	Codice Fiscal	e	
Residente in via	n.	CAP	Comune	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Comune	Prov
N° tel. Tel c	ell.	E-mail		
EROGAZIONE DIRETTA DELLA PRI Allega: Copia delle cartelle cliniche complete Copia di documentazione attestante il riconosc Copia di referti specialistici e strumentali inerer	imento della pensione di inv	alidità e dell'eventua		ento
Allega: Copia delle cartelle cliniche complete Copia di documentazione attestante il riconosc Copia di referti specialistici e strumentali inerer  2. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE I  Allega: Copia delle cartelle cliniche complete Copia di documentazione attestante il riconosc	imento della pensione di inv nti le patologie che hanno de MEDICHE imento della pensione di inv	alidità e dell'eventua terminato lo stato di alidità e dell'eventua	non autosufficienza le indennità di accompagname	
Allega: Copia delle cartelle cliniche complete Copia di documentazione attestante il riconosc Copia di referti specialistici e strumentali inerer  2. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE IL Allega: Copia delle cartelle cliniche complete	imento della pensione di inv nti le patologie che hanno de IEDICHE imento della pensione di inv nti le patologie che hanno de	alidità e dell'eventua terminato lo stato di alidità e dell'eventua	non autosufficienza le indennità di accompagname	
Allega: Copia delle cartelle cliniche complete Copia di documentazione attestante il riconosci Copia di referti specialistici e strumentali inerer  2. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE M Allega: Copia delle cartelle cliniche complete Copia di documentazione attestante il riconosci Copia di referti specialistici e strumentali inerer	imento della pensione di involti le patologie che hanno della pensione della pensione di involti le patologie che hanno della pensione della pensione di involti le patologie che hanno	alidità e dell'eventua eterminato lo stato di alidità e dell'eventua eterminato lo stato di	non autosufficienza le indennità di accompagnamo non autosufficienza	ento
Allega: Copia delle cartelle cliniche complete Copia di documentazione attestante il riconosci Copia di referti specialistici e strumentali inerer  2. RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE IN Allega: Copia delle cartelle cliniche complete Copia di documentazione attestante il riconosci Copia di referti specialistici e strumentali inerer Copia di fatture e ricevute fiscali debitamente qualitativa di non avere altre coperture san di rimborso, in caso contrario indicare l'As	imento della pensione di invinti le patologie che hanno della pensione della pensione di invinti le patologie che hanno della pensione della pensione della pensione di invinti le patologie che hanno della pensione della pensione di invinti le patologie che hanno della pensione di i	alidità e dell'eventua eterminato lo stato di alidità e dell'eventua eterminato lo stato di	non autosufficienza  le indennità di accompagname non autosufficienza  icurazioni, Casse, Fondi o	ento

Inviare il presente modulo a: UniSalute S.p.A. – Ufficio Rimborsi – Via Larga, 8 – 40138 Bologna

N-4-	Firma dell'Iscritto	
Data	FIRMS DELL'ISCHUD	



### 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. 209/2005 - 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<sup>1</sup>.

#### QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti<sup>(1)</sup> ci fornite; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile<sup>(2)</sup> (idonei, in particolare,a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi. Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione<sup>(3)</sup>; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza <sup>(4)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

#### PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite); ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo<sup>(5)</sup> e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

Il 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).

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano<sup>(6)</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(4)</sup>.

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.

## COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati 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<sup>(7)</sup>.

## 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. (<u>www.unisalute.it</u>), con sede in Via Larga n. 8 - 40138 Bologna.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà consultare il sito <a href="https://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a> o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato - e-mail: <a href="mailto:privacy@unisalute.it">privacy@unisalute.it</a>.

## Note

- Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, 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 (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- ANIA) 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, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni di legge e/o dell'autorizzazione generale n, 7 del Garante.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
- 4) Ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. www.unipol.it
- In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari 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, ; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate.
- 7) 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.

<sup>&</sup>lt;sup>1</sup> In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi