MutuaSalute

PIANO SANITARIO MUTUA SALUTE LINEA SANITARIA COMPLETA

UniSalute

AFFINCHE' MUTUASALUTE E UNISALUTE POSSANO 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 mutualistiche e 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 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).
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. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
dell'Iscritto (in stampatello)
Firma dell'interessato

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

SOCIO: Cognome		Nome		
PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO: Cognome			Nome	
Nato/a a	il	Codice Fiscale	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Residente in via		CAP	Città	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Città	Prov
N° tel.	Tel cell.	E-mail		

Documentazione richiesta

Ricovero in Istituto di cura, day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto e aborto terapeutico e spontaneo
- Copia della 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: richiesta indennità sostitutiva
- Copia della cartella clinica completa ☐

Assistenza di personale specializzato
- Copia della cartella clinica completa ☐
- Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni disgnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico
- Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Prestazioni di alta specializzazione
- Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
- Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
- Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia ☐
- Copia certificato di Pronto Soccorso ☐
- Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐
- Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Cure dentarie da infortunio
- Copia certificato di Pronto Soccorso ☐
- Copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

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: (il titolare deve essere l'intestatario o cointestatario del conto)
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. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO

Data _____ Firma del Titolare _____

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per la commercializzazione a distanza di servizi mutualistici e assicurativi e per finalità di marketing
Ai sensi degli artt. 23 e 13 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 del titolare di polizza *(in stampatello)* _____
Firma dell'interessato _____