

**AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI È 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 e categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le 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).

Luogo e data _____

Nome e cognome _____
e C.F. | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| _____ del titolare di polizza* (in stampatello)

Firma dell'interessato _____
* Si pregano i genitori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori.

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO (OBBLIGATORI, SALVO INDICATO DIVERSAMENTE)

Cognome		Nome	
Nato/a	il	Codice Fiscale _ _____	
Residente in via	N°	CAP	Località/Comune
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Località/comune
Prov			
Non obbligatorio	OBLIGATORIO	OBLIGATORIO	
N° Tel. fisso	Tel cellulare	E-mail	
OPERAIO <input type="checkbox"/>	IMPIEGATO <input type="checkbox"/>		

DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI MINORE)

Nome e Cognome	Codice Fiscale _ _____
Nome e Cognome	Codice Fiscale _ _____

EVENTUALE DELEGA AL "FACILITATORE"

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____
(Prov. ____), il ____/____/____, è da me delegato a consegnare la presente richiesta di attivazione del servizio e/o richiesta di rimborso, compresa la relativa documentazione eventualmente allegata, presso lo sportello della Cassa Edile/Edilcassa di riferimento, al solo fine di ottenere le prestazioni previste dal Piano Sanitario Sanedil.

Data ____/____/____ Firma _____

* Allegare copia del documento d'identità del Delegante. La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

OBBLIGATORIO – Notifica delle coordinate bancarie:

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

Codice IBAN	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _____
-------------	--

NON SONO INTESTATARIO NE' COINTESTATARIO DI UN CONTO BANCARIO

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

DATI ANAGRAFICI CASSA EDILE DENUNCIANTE (DA COMPILARE A CURA DELL'OPERATORE DELLA CASSA EDILE)

Cassa edile di _____ Codice CNCE _____
Cognome operatore referente _____ Telefono _____
Indirizzo email referente _____

INDICARE A QUALE PIANO L'ISCRITTO IN OGGETTO HA DIRITTO: PIANO BASE PIANO PLUS

INFORMATIVA SANEDIL ALL'ISCRITTO

SANEDIL non gestisce alcun dato personale in relazione alle richieste di prestazione/rimborso che vengono trattati da UNISALUTE in qualità di Titolare del trattamento anche attraverso la collaborazione delle Casse che operano in qualità di Responsabili del trattamento nominate da UNISALUTE.

Sempre UNISALUTE provvederà a comunicare direttamente annualmente all'Agenzia delle Entrate, su incarico di SANEDIL, l'elenco dei rimborsi delle spese sanitarie erogati.

SANEDIL verrà a conoscenza unicamente di dati aggregati relativi alle richieste di prestazione/rimborso senza poter risalire ai Suoi dati personali.

L'informativa completa sul trattamento dei dati personali di SANEDIL è disponibile nella sezione Privacy del sito www.fondosanedil.it.

Data ____/____/____ Firma dell'Iscriitto (o di chi ne fa le veci) _____

RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIA' AVVENUTA

Documentazione richiesta

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione

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

copia fatture e/o ricevute fiscali

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta

indennità sostitutiva

copia cartella clinica completa

Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche

copia fatture e/o ricevute fiscali

copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso

copia fatture e/o ricevute fiscali

Trattamenti fisioterapici riabilitativi

copia fatture e/o ricevute fiscali

copia prescrizioni mediche con indicazione patologia

copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio)

Ticket per prestazioni di implantologia

copia fatture e/o ricevute fiscali

copia radiografie e i referti radiografici

Ticket per interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

copia fatture e/o ricevute fiscali

copia documentazione medica

Ticket per cure odontoiatriche conservative

copia fatture e/o ricevute fiscali

Protesi e ausili medici ortopedici e acustici

copia prescrizioni mediche

copia fatture e/o ricevute fiscali

Lenti

copia fatture e/o ricevute fiscali

copia attestazione variazione visus rilasciata da medico oculista

Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o gravi patologie

copia fatture e/o ricevute fiscali

copia documentazione medica

copia documentazione INAIL

Ticket per visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche (Monitor Salute)

copia fatture e/o ricevute fiscali

copia documentazione come indicato in Guida

Ticket per ecografie in gravidanza

copia fatture e/o ricevute fiscali

SEZIONE COVID-19

Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19

copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)

Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19

copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)

Se si tratta di documenti integrativi riferiti ad un sinistro già in essere, ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono:

N° SINISTRO _____

Questo ci permetterà di accelerare la valutazione ed il rimborso.

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).

RICHIESTA DI NUOVA PRESTAZIONE IN RETE

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA - SCRIVERE QUANTO RIPORTATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

Se si è già preso l'appuntamento (N.B.: L'APPUNTAMENTO E' VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE):

NOME DELLA STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE: _____

DATA: ____/____/____ **ORARIO:** _____

Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante (non necessaria in caso di richiesta di prenotazione prestazione odontoiatrica); Copia dell'attestazione dello stato di servizio, rilasciata dal proprio datore di lavoro (sempre necessaria).

Si tratta di prenotazione di prestazione odontoiatrica che non richiede copia della prescrizione del medico curante.

RICHIESTA DI NUOVA PRESTAZIONE IN RETE

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA - SCRIVERE QUANTO RIPORTATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

Se si è già preso l'appuntamento (N.B.: L'APPUNTAMENTO E' VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE):

NOME DELLA STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE: _____

DATA: ____/____/____ **ORARIO:** _____

Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante (non necessaria in caso di richiesta di prenotazione prestazione odontoiatrica); Copia dell'attestazione dello stato di servizio, rilasciata dal proprio datore di lavoro (sempre necessaria).

Si tratta di prenotazione di prestazione odontoiatrica che non richiede copia della prescrizione del medico curante.

Informativa UNISALUTE al cliente sull'uso dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti

Gentile Cliente, ai sensi dell'Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), ti informiamo che, per fornirti i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, eventualmente anche a favore dei tuoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. ha la necessità di utilizzare alcuni dati che ti riguardano e che riguardano i tuoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica), che tu stesso o altri soggetti ci fornisci, indispensabili per fornirti i citati servizi e/o prodotti assicurativi. Il conferimento di questi dati è necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione, e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirti correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a tuoi recapiti (recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica) può inoltre risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderai di registrarti all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili utilizzeremo questi dati anche per identificarti come nostro assicurato e per fornirti i servizi previsti dalla tua polizza ed inviarti le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a te ed ai tuoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal tuo smartphone, e per fornirti, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche push, informazioni sullo stato delle tue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri, anche riguardanti la posizione dei tuoi familiari eventualmente assicurati.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati (idonei a rivelare le tue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello smartphone per l'App) per dare corso alle prestazioni previste dalla tua polizza e per fornirti i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite)² e per adempimenti normativi³. Il conferimento di questi dati è necessario per poterti fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso tuo o del tuo eventuale familiare/convivente interessato. I tuoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che ti riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa³. I tuoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

PERCHÉ TI CHIEDIAMO I DATI

I tuoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da te richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i tuoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁸. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I tuoi dati e quelli dei tuoi familiari eventualmente assicurati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che ti riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto. Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. Potremo trattare eventuali dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi allo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (tu o tuo eventuale familiare/convivente). Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore dei tuoi familiari/conviventi, alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a tua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della tua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili e gestire così in autonomia la propria posizione anche in riferimento ai propri dati personali.

QUALI SONO I TUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) ti garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che ti riguardano, di richiedere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la limitazione del loro trattamento, se ne ricorrano i presupposti, la portabilità dei dati che ci hai fornito, ed essere trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opporsi al trattamento per motivi legati alla tua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei tuoi dati sia basato sul consenso da te espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca.

Titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it) con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 Bologna (BO). Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a tua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrai contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it, al quale potrai rivolgerti, oltre che per l'esercizio dei tuoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati di cui alla nota (6). Resta fermo il tuo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti in materia.

Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le tue 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 consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

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 l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, 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; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, 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.

Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

Ti facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il tuo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da te richieste o previste in tuo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria). Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UniSalute S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAIP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

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.

Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it

UniSalute S.p.A.

Sede e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961
Capitale Sociale i.v. Euro 17.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 03843680376 - R.E.A. 319365
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00084 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unisalute.it