

# MODULO PER LA RICHIESTA RIMBORSO - GARANZIA BASE -

## PIANO SANITARIO DIPENDENTI APPARTENENTI ALLE AREE PROFESSIONALI ED AI QUADRI DIRETTIVI DEI GRUPPI BNL E BNP PARIBAS ITALIA

**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 (Art. 23 D.Lgs. n. 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. Vi 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 \_\_\_\_\_

del titolare (in stampatello) \_\_\_\_\_

Nome e cognome della persona per \_\_\_\_\_

cui si chiede il rimborso \*(in stampatello) \_\_\_\_\_

Codice Fiscale del titolare \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato (in originale) \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato (in originale) \_\_\_\_\_

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

**ISCRITTO/TITOLARE:** Nome e Cognome \_\_\_\_\_

**PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO:** nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Residente in via \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cod.Fiscale \_\_\_\_\_

Domicilio (se diverso da residenza) in via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Tel cell \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

### Documentazione richiesta

**Area ricovero in Istituto di cura, day hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto e aborto terapeutico**

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/accertata

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Ricovero, day-hospital chirurgico: richiesta indennità sostitutiva**

Copia della cartella clinica completa

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Malattie gravi**

In caso di ricovero: copia della cartella clinica completa

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Prestazioni di alta specializzazione e altre prestazioni diagnostiche**

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta/accertata

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odonto e ortodonzia**

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Si allega copia delle seguenti fatture**

numero	data	importo

**Endoscopie diagnostiche ed operative non effettuate in regime di ricovero o Day-Hospital**

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta/accertata

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Visite specialistiche e accertamenti diagnostici**

Copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta/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

**Stati di non autosufficienza temporanea (garanzia per il solo titolare)**

Copia della cartella clinica completa in caso di ricovero

Copia di documentazione attestante lo stato di non autosufficienza temporaneo

Copia di referti specialistici e strumentali inerenti le patologie che hanno determinato lo stato di non autosufficienza

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.

data \_\_\_\_\_

Firma del Titolare(in originale) \_\_\_\_\_

**Inviare il presente modulo a: Cassa Sanitaria dei Gruppi BNL e BNP PARIBAS ITALIA  
 Via degli Aldobrandeschi, 300 – 00163 ROMA**

## 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<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 fornisce; 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 rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza del settore<sup>(3)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati comuni 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 dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti<sup>(4)</sup>; ove necessario potranno essere forniti ad altre società del nostro Gruppo<sup>(5)</sup>.

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).

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<sup>(6)</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 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<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. ([www.unisalute.it](http://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](http://www.unisalute.it) o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato - e-mail: [privacy@unisalute.it](mailto: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) Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria.

4) 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; 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; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistiche-tarifarie.

5) 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.

6) 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).

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

### 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](http://www.unisalute.it)