UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Salute Sempre
assistenza sanitaria integrativa
stampa editoria carta cartotecnica ed affini

PIANO SANITARIO FONDO SALUTE SEMPRE
MODULO RILEVAZIONE DATI PER IL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO

Da compilare e restituire a mezzo raccomandata A/R a

FONDO SALUTE SEMPRE Via Oslavia, 50 - 00195 Roma

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

Nome e cognome _____ del CONIUGE FISCALMENTE A CARICO *(in stampatello)*

Firma dell'interessato

Si pregano i curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto di inabilitati/interdetti.

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO AL FONDO SALUTE SEMPRE:

Il Sottoscritto/a			Data iscrizione	
Nato a	il	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Residente in via	n°	CAP	Comune	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Comune	Prov
N° tel.	Tel cell.		E-mail	
Luogo di lavoro in via		CAP	Città	Prov

Ai fini del rimborso diretto si notificano 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.

CHIEDE

L'adesione al Piano sanitario riservato agli Iscritti al Fondo Salute Sempre per il proprio coniuge fiscalmente a carico. A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità civile e penale, i dati anagrafici dello stesso. L'Iscritto autorizza altresì il Fondo Salute Sempre a verificare, in ogni momento, la permanenza del coniuge nello stato di famiglia come fiscalmente a carico, impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni intervenute nel carico fiscale utilizzando il presente modulo.

Il contributo per l'attivazione della presente copertura a favore del coniuge fiscalmente a carico è interamente pagato dal Fondo Salute Sempre.

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Codice fiscale
		Coniuge fiscalmente a carico	

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per la commercializzazione a distanza di servizi assicurativi e per finalità di marketing

Ai sensi degli artt. 23 e 130 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