

Da inviare firmato a UniSalute S.p.A., Via A. da Formigine, 1, 40128, Bologna

Consenso al trattamento dei dati personali per finalità assicurative

(Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa ricevuta, Lei/Voi può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi/Vostri dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative, apponendo la Sua firma e quella dei Suoi familiari assicurati.

Le/Vi ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà concludere il contratto assicurativo e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Data	Nome e cognome dell'interessato (<i>leggibile</i>) _____ (firma del beneficiario di polizza)
Data	Nome e cognome dell'interessato (<i>leggibile</i>) _____ (firma del familiare 1)
Data	Nome e cognome dell'interessato (<i>leggibile</i>) _____ (firma del familiare 2)
Data	Nome e cognome dell'interessato (<i>leggibile</i>) _____ (firma del familiare 3)

Consenso al trattamento dei dati comuni per finalità commerciali

Le/Vi chiediamo, inoltre, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi/Vostri dati comuni da parte di UniSalute S.p.A. al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi.

Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i dati possono essere comunicati ad altri soggetti che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari (di cui al punto 9 dell'allegata informativa): il consenso riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti svolti da tali soggetti.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo/Vostro eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Pertanto, secondo che Lei ed i Suoi familiari assicurati siate o non siate interessati alle opportunità sopra illustrate, potete liberamente concedere il consenso per la suddetta utilizzazione dei dati apponendo la Vostra firma nelle sottostanti caselle:

Data	Nome e cognome dell'interessato (<i>leggibile</i>) _____ (Firma del beneficiario di polizza)
Data	Nome e cognome dell'interessato (<i>leggibile</i>) _____ (Firma coniuge o convivente)

Allegata informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003.

