

# MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO PIANO SANITARIO BASE PLUS SANIMODA AREA PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE

**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. 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 _____  e C.F.    _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _  _____ del titolare di polizza (in stampatello) Firma dell'interessato _____	Nome e cognome _____ della persona per cui si richiede il rimborso (in stampatello)  Firma dell'interessato _____
--	--

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

<b>ISCRITTO:</b> Cognome _____		Nome _____	
<b>PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO:</b> Cognome _____		Nome _____	
Nato/a _____	il _____	Codice Fiscale    _   _   _   _   _   _   _   _   _   _   _  _____	
Residente in via _____	N° _____	CAP _____	Località/Comune _____
Domicilio _____ (se diverso da residenza)		CAP _____	Località/comune _____
N° tel. _____	Tel cell. _____	E-mail _____	

### Documentazione richiesta

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

Lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso è consultabile su [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)

#### SEZIONE 1 - barrare se si tratta di rimborso per l'opzione 10 km

- Prestazioni extra ospedaliere**
- copia prescrizione medica con indicazione patologia presunta o accertata
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Trattamenti di fisioterapia, osteopatia, chinesioterapia, riabilitazione cardiologica e neuro-motoria a seguito di malattia diversa da artrosi psoriasica o artrite reumatoide**
- copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Cure oncologiche**
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Invalità permanente di grado compreso tra il 60% e l'80%**
- certificazione INAIL o INPS attestante l'IP di grado compreso tra il 60% e l'80%
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero**
- copia prescrizione medica come da "Guida al Piano sanitario"
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Odontoiatria**
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Implantologia**
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Pacchetto maternità**
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Riabilitazione a seguito di diagnosi di autismo o DSA**
- Certificato medico specialistici ASL secondo la normativa vigente in materia
- copia fatture e/o ricevute fiscali

#### SEZIONE 3 – non possibile il rimborso con l'opzione 10 km

- Indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per i figli disabili**
- copia del certificato INPS e/o dall'ASL come da guida al Piano sanitario
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o Dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela come da guida al Piano sanitario
- Cure termali**
- copia prescrizione medica con indicazione patologia
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Lenti e occhiali**
- prescrizione del medico oculista, attestante la variazione del visus
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Indennizzo a forfait per le spese mediche, sanitarie e di assistenza sostenute per il genitore in RSA**
- copia della dichiarazione del centro pubblico o privato di Residenza Sanitaria Assistenziale come da guida al Piano sanitario
- Rimborso delle spese di viaggio e di pernottamento dei genitori in caso di diagnosi di malattia genetica del proprio figlio minore che necessiti di ricovero nel ssn distante più di 50 km dal domicilio**
- copia della documentazione fiscale e della cartella clinica completa del ricovero del figlio nella quale si dovrà anche evincere che la patologia genetica è stata diagnosticata durante l'operatività del presente piano
- copia fatture e/o ricevute fiscali

#### SEZIONE 2- possibilità di rimborso solo con l'opzione 10 km (o SSN ove specificato)

- PMA procreazione medicalmente assistita (anche SSN)**
- copia ticket SSN
- Doppia salute**
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Prestazioni diagnostiche particolari**
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Prestazioni diagnostiche particolari per i figli minori**
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Prevenzione obesità infantile (visita specialistica)**
- copia fatture e/o ricevute fiscali
- Servizio monitor salute: visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche**
- copia fatture e/o ricevute fiscali

**Segue**

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

N° SINISTRO \_\_\_\_\_

Questo ci permette di accelerare la valutazione e quindi le procedure di rimborso. Trovi il numero del sinistro su unisalute.it – area riservata - sezione “estratto conto” oppure contattando la Centrale Operativa telefonica al numero verde del tuo piano sanitario.

Puoi fare l’upload dei documenti integrativi anche direttamente on line su unisalute.it –area riservata - sezione “estratto conto”: E’ facile e veloce.

**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:**

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 dell’Iscritto \_\_\_\_\_

## 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. 209/2005 - 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 (per i quali ci occorrerà il suo consenso), e dati giudiziari<sup>(2)</sup>.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione<sup>(3)</sup>; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza<sup>(4)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati 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 Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite); ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle 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 Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano<sup>(6)</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(4)</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 Suoi dati 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 l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà consultare il sito [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 polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, 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 (es. ANIA) e consorzi 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 definiti dati giudiziari quelli relativi a sentenze o indagini penali (cfr. art. 4 commi d e f D. Lgs. 196/2003).
- 3) 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 la prevenzione e l'individuazione, 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; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) 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 anticiclaggio 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.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari 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, ; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate. 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 comunitaria, al D. Lgs. 196/2003 ed alle autorizzazioni generali del Garante Privacy.
- 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) - [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it) - 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)

Unipol  
GRUPPO