UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

MODULO VARIAZIONE ANAGRAFICA
PIANO SANITARIO PERSONALE DIPENDENTE
CA ITALIA – C.A.G.S. - CALIT

Modulo da consegnare firmato all'ufficio del personale

AFFINCHE' UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Consensoaltrattamentodeidatipersonalicomuniesensibiliperfinalitàassicurative (Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa allegata, 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. 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 consenso i Suoi familiari autorizzano Unisalute anche a permetterle di conoscere le prestazioni assicurative effettuate a loro favore ove necessario per le verifiche connesse alla eventuale estensione a loro favore della copertura assicurativa che altrimenti resterebbe preclusa.**

Luogo e data	Nome, cognome _____ e C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | del titolare di polizza *(in stampatello)* Firma dell'interessato
Nome e cognome _____ del coniuge/convivente *(in stampatello)* Firma dell'interessato	Nome e cognome _____ del familiare 1 * *(in stampatello)* Firma dell'interessato
Nome e cognome _____ del familiare 2 * *(in stampatello)* Firma dell'interessato	Nome e cognome _____ del familiare 3 * *(in stampatello)* Firma dell'interessato

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

☐ INCLUSIONE DI FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	CODICE FISCALE

☐ INCLUSIONE DI FAMILIARI NON FISCALMENTE A CARICO

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	CODICE FISCALE	CONTRIBUTO
				€ 530,00
				€ 530,00
				€ 530,00
				€ 530,00
			TOTALE	€_____,00

☐ ESCLUSIONE DI FAMILIARI

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	PARENTELA	CODICE FISCALE

I familiari esclusi dal presente modulo rimarranno comunque in copertura fino al termine dell'anno associativo.

data _____ firma del socio titolare_____