PIANO SANITARIO FONDO SANEDIL
MODULO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONE/RIMBORSO
ISCRITTI SANEDIL

AFFINCHÉ SANEDIL E UNISALUTE S.p.A. POSSANO TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE ENTRAMBI I CONSENSI SOTTOSTANTI

L'ISCRITTO (Nome e cognome) _____

e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| dell'Iscritto Sanedil* (in stampatello)

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSOCIATIVE EFFETTUATO DA SANEDIL** (*Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati*)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di **SANEDIL** sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso **SANEDIL** non potrà dare esecuzione ai servizi previsti dal Fondo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute.

Luogo e data _____ | Firma dell'Iscritto _____
* Se minorenne, firma un genitore con proprio nome e cognome.

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE EFFETTUATO DA UNISALUTE S.p.A.** (*Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati*)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di **UniSalute S.p.A.** sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso **UniSalute S.p.A.** non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data _____ | Firma dell'Iscritto _____
* Se minorenne, firma un genitore con proprio nome e cognome.

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO (OBBLIGATORI, SALVO INDICATO DIVERSAMENTE)

Cognome		Nome		
Nato/a	il	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Residente in via	N°	CAP	Località/Comune	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Località/comune	Prov
Non obbligatorio N° Tel. fisso	OBBLIGATORIO Tel cellulare		Non obbligatorio E-mail	
☐ OPERAIO		☐ IMPIEGATO		

DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI ISCRITTO MINORENNE)

Nome e Cognome	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
Nome e Cognome	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

EVENTUALE DELEGA AL "FACILITATORE" (PREVISTO SOLO PER L'ISCRITTO)

Il/La Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ (Prov. __), il ___/___/_____, a consegnare la presente richiesta di attivazione del servizio e/o richiesta di rimborso, compresa la relativa documentazione eventualmente allegata, presso lo sportello della Cassa Edile/Edilcassa di riferimento, al solo fine di ottenere le prestazioni previste dal Piano Sanitario Sanedil.

Data ___/___/_____ Firma _____

* **Allegare copia del documento d'identità del Delegante.** La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

OBBLIGATORIO – Notifica delle coordinate bancarie:

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

Codice IBAN	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ NON SONO INTESTATARIO NE' COINTESTATARIO DI UN CONTO BANCARIO

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

Data ___/___/_____ Firma* _____
La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* **Firma dell'Iscritto o, se minorenne, del genitore con proprio nome e cognome**

DATI ANAGRAFICI CASSA EDILE/EDILCASSA DENUNCIANTE (DA COMPILARE A CURA DELL'OPERATORE DELLA CASSA)

Cassa edile/Edilcassa di _____ Codice CNCE _____

Cognome operatore referente_____Telefono_____

Indirizzo email referente _____

MODULO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONE/ RIMBORSO ISCRITTI SANEDIL

RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIÀ AVVENUTA

Documentazione richiesta

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

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico
copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Prestazioni pre e post ricovero
copia prescrizioni mediche ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva
copia cartella clinica completa ☐

Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata ☐

Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata (non necessaria in caso di Pronto Soccorso) ☐

Trattamenti fisioterapici riabilitativi
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia ☐
copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio) ☐

Prestazioni odontoiatriche particolari / implantologia / avulsione / ortodonzia /protesi mobili dentarie
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
copia radiografie e referti radiografici (in caso di implantologia) ☐
diario clinico ☐

Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
copia prescrizione medica con quesito diagnostico ☐
copia radiografia pre e post prestazione e relativi referti ☐
diario clinico ☐

Cure odontoiatriche conservative
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
diario clinico ☐

Prestazioni diagnostiche particolari
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Protesi ortopediche e acustiche
copia prescrizioni mediche ☐
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

Lenti
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
copia attestazione variazione visus rilasciata da optometrista / oculista ☐

Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o gravi patologie
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
copia documentazione medica ☐
copia documentazione INAIL ☐

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche (Monitor Salute)
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐
copia documentazione come indicato in Guida ☐

Ticket per ecografie in gravidanza
copia fatture e/o ricevute fiscali ☐

SEZIONE COVID-19

Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19
copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19) ☐

Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19
copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19) ☐

Se si tratta di documenti integrativi riferiti ad un sinistro già in essere, ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono:
N° SINISTRO _____
Questo ci permetterà di accellerare la valutazione ed il rimborso.

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).

RICHIESTA DI NUOVA PRESTAZIONE IN RETE

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA - SCRIVERE QUANTO RIPORTATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

_____

Se si è già preso l'appuntamento (N.B.: L'APPUNTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE):

NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE:

_____

DATA: _____/_____/_____ **ORARIO:** _____

Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida; Copia dell'attestazione dello stato di servizio, rilasciata dal prorio datore di lavoro (sempre necessaria).

☐ **Si tratta di prenotazione di pacchetto prevenzione/prestazione odontoiatrica, non è richiesta copia della prescrizione del medico curante.**

In caso di Visite Specialistiche indicare l'eventuale nome del medico: _____

Data ___/___/_____ Firma* _____
La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

*** Firma dell'Iscritto o, se minorenne, del genitore con proprio nome e cognome**

Informativa resa agli utilizzatori del Fondo SANEDIL per il trattamento dati personali.

Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE N.2016/679 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali - GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, informiamo l'interessato di quanto segue:

Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento.

Di seguito Le indichiamo quali sono i nostri riferimenti ai quali potrà rivolgersi per ogni chiarimento.

- Il Titolare del trattamento è: Sanedil (Via Giuseppe Antonio Guattani, 9 - 00161, Roma)
- Il "Responsabile per la protezione dei dati" può essere contattato tramite mail all'indirizzo: privacy@fondosanedil.it.

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e relativa base giuridica.

Di seguito Le indichiamo perché Le chiediamo i dati personali.

I dati forniti vengono raccolti allo scopo di provvedere agli adempimenti previsti per gli utilizzatori del fondo sanitario integrativo per l'edilizia (Art. 6, lettere b, del GDPR).

I dati forniti saranno trattati, inoltre, per il legittimo interesse di SANEDIL, per lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di servizio offerto, collocazione geografica ed altri al fine di migliorare il serivio offerto e per l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria (Art.6, lettera f, del GDPR).

L'utilizzo dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio. La mancanza dei dati e/o l'eventuale espresso rifiuto al trattamento comporterà l'impossibilità per il Titolare di svolgere gli adempimenti di cui sopra.

Categorie di dati personali trattati.

Di seguito Le indichiamo quali tipologie di dati personali trattiamo.

Nell'ambito delle finalità dei trattamenti evidenziati al precedente paragrafo, saranno trattati dati personali che rientrano nella categoria dei dati identificativi quali:

- dati anagrafici e di contatto (nome, cognome, data di nascita, Codice Fiscale, indirizzo, telefono, ecc.);
- dati lavorativi (azienda datrice di lavoro, tipo di contratto, durata del rapporto, retribuzione);
- coordinate bancarie.

Verranno, inoltre, trattati categorie particolari di dati personali (relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i servizi richiesti.

Categorie di destinatari dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo chi potrà trattare i dati personali e a chi potranno essere comunicati.

Per le finalità di cui sopra i dati personali da Lei forniti potranno essere resi accessibili:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di addetti autorizzati al trattamento dei dati.
- A terzi soggetti che svolgono attività per conto del Titolare, nella loro qualità di Titolari autonomi (UNISALUTE per le prestazioni e UNIPOLSAI per i rimborsi), o Responsabili del trattamento (OPENBOX per la gestione dei sistemi informativi e CASSE EDILI / EDILCASSE, per lo svolgimento di attività di interfaccia con gli iscritti).
- Ad Autorità giudiziarie o di vigilanza, amministrazioni, enti ed organismi pubblici.

Principi generali.

Di seguito Le indichiamo gli aspetti generali che caratterizzano il trattamento dei dati personali.

I dati saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato, raccolti per le finalità sopra indicate, limitati e conservati quanto necessario con adeguate misure di sicurezza.

I dati saranno trattati unicamente nei paesi UE o in quelli per i quali vige una decisione di adeguatezza.

I dati personali non saranno oggetto di comunicazione o diffusione al di fuori delle categorie di destinatari indicati nel punto precedente.

Non è previsto che i dati vengano trattati per processi decisionali automatizzati.

Periodo di conservazione dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo per quanto tempo conserveremo i dati personali.

I dati personali raccolti per le finalità indicate al relativo paragrafo precedente saranno trattati e conservati al massimo per 10 anni dall'ultima registrazione. Tempi più lunghi saranno possibili in caso di contenziosi fino all'esaurimento degli stessi.

Diritti esercitabili.

Di seguito Le indichiamo tutti i diritti che Le garantiamo sui dati personali.

In conformità a quanto previsto nel Capo III, Sezione I, GDPR, Lei ha il diritto di:

- Chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, l'opposizione al trattamento dei propri dati.
- Revocare il consenso, là ove fondi il trattamento in qualsiasi momento lo desideri senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- Proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Lei potrà esercitare tali diritti (escluso l'ultimo) mediante il semplice invio di una richiesta via e-mail all'indirizzo del Titolare, sopra indicato.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Informativa al Cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti

Gentile Cliente,

ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento") e degli artt. 15 e 16 del Reg. Ivass n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), La informiamo che, 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(1).

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati personali (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(2) ci fornite; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali(3) (in particolare, relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione(4); in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza(5). 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.

Se deciderà di registrarsi all'"Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, utilizzeremo questi dati anche per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza ed inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a Lei ed ai Suoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l'"Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal Suo *smartphone*, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

I dati relativi alla Sua salute (come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'"Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi[5]. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo o del Suo eventuale familiare/convivente interessato(1)(8).

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo(6). Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

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(7) o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa(5).

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati, anche appartenenti a categorie particolari relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare assicurato" ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della Sua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all'"Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, e gestire così in autonomia la propria posizione.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti 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, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto(9). I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì diritto a richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (7).

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

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

2) 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 consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

3) Rientrano nelle categorie particolari di dati personali non solo quelli relativi alla salute, ma anche i dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona e i dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

4) 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 l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali 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'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.

5) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, 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, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio 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 la protezione dei dati.

6) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it

7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), 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'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). 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 europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

8) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).

9) 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.

UNS_Info_Cont_01 – Ed. 21.12.2020

PIANO SANITARIO FONDO SANEDIL
MODULO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONE/RIMBORSO DEL FAMILIARE DELL'ISCRITTO SANEDIL

AFFINCHÉ SANEDIL E UNISALUTE S.p.A. POSSANO TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE ENTRAMBI I CONSENSI SOTTOSTANTI

IL FAMILIARE DELL'ISCRITTO (Nome e cognome)
_____

e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| del familiare dell'Iscritto Sanedil (in stampatello)

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSOCIATIVE EFFETTUATO DA SANEDIL** (*Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati*)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di **SANEDIL** sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso **SANEDIL** non potrà dare esecuzione ai servizi previsti dal Fondo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute.

Luogo e data _____ | Firma del familiare dell'Iscritto _____

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE EFFETTUATO DA UNISALUTE S.p.A.** (*Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati*)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di **UniSalute S.p.A.** sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso **UniSalute S.p.A.** non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data _____ | Firma del familiare dell'Iscritto_____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA (D.P.R. 28.12.2000, n. 445, Capo III, Sezione V)

Io Sottoscritto/a	Cognome			Nome	
Nato/a		il		Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Residente in via		N°	CAP	Località/Comune	Prov
Non obbligatorio N° Tel. fisso	*OBBLIGATORIO* Tel cellulare			Non obbligatorio E-mail	

consapevole delle sanzioni penali nelle quali potrò incorrere in caso di falsità in atti e dichiarazioni mendaci come previsto dall'art. 76 - D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità delle dichiarazioni rese, decadrò dai benefici eventualmente conseguiti sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 - D.P.R. 445/2000),

DICHIARO DI ESSERE

☐ **Coniuge fiscalmente a carico e presente nel certificato di stato di famiglia** del seguente Iscritto Sanedil:

☐ **Figlio maggiorenne fiscalmente a carico** del seguente Iscritto Sanedil:

Cognome e Nome		
nato/a a	il ……/……/……	Cod.Fis. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

DICHIARO DI VOLER RICEVERE I PAGAMENTI DEI MIEI SINISTRI ALLE SEGUENTEI COORDINATE BANCARIE
(Indicare l'IBAN del FAMILIARE RICHIEDENTE o quello dell'ISCRITTO)

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

Codice IBAN	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ NON SONO INTESTATARIO NE' COINTESTATARIO DI UN CONTO BANCARIO

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

Data ___/___/_____ Firma del familiare dell'Iscritto _____
La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

DA SOTTOSCRIVERE SOLO NEL CASO IN CUI IL FAMILIARE RICHIEDENTE VOGLIA DELEGARE L'ISCRITTO

DELEGO L'ISCRITTO SANEDIL (come sopra individuato) a gestire per mio conto tutti i rapporti di mio interesse derivanti o, comunque, riconducibili al Piano Sanitario Sanedil gestito da UniSalute S.p.A. (con specifico riguardo alla gestione delle pratiche di rimborso e delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie a me riferite), **autorizzando**, per l'effetto, lo stesso Iscritto Sanedil a fornire e ricevere le informazioni inerenti ai miei sinistri e alle garanzie previste in polizza, con facoltà di ricevere e consegnare la relativa documentazione sanitaria presso la Cassa Edile/Edilcassa di riferimento. La presente delega si intende estesa anche all'eventuale gestione dei rapporti sopraccitati tramite apposita App.

Firma del familiare dell'Iscritto _____
Allegare COPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' del Delegato (Iscritto SANEDIL) e del Delegante (Familiare maggiorenne).

DATI ANAGRAFICI CASSA EDILE/EDILCASSA DENUNCIANTE (DA COMPILARE A CURA DELL'OPERATORE DELLA CASSA)

Cassa edile/Edilcassa di _____ Codice CNCE _____
Cognome operatore referente_____Telefono_____
Indirizzo email referente _____

RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIÀ AVVENUTA

Documentazione richiesta

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

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico
copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
copia fatture e/o ricevute fiscali

Prestazioni pre e post ricovero
copia prescrizioni mediche
copia fatture e/o ricevute fiscali

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva
copia cartella clinica completa

Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata (non necessaria in caso di Pronto Soccorso)

Trattamenti fisioterapici riabilitativi
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio)

Prestazioni odontoiatriche particolari / implantologia / avulsione / ortodonzia /protesi mobili dentarie
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia radiografie e referti radiografici (in caso di implantologia)
diario clinico

Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizione medica con quesito diagnostico
copia radiografia pre e post prestazione e relativi referti
diario clinico

Cure odontoiatriche conservative
copia fatture e/o ricevute fiscali
diario clinico

Prestazioni diagnostiche particolari
copia fatture e/o ricevute fiscali

Protesi ortopediche e acustiche
copia prescrizioni mediche
copia fatture e/o ricevute fiscali

Lenti
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia attestazione variazione visus rilasciata da optometrista / oculista

Ticket per ecografie in gravidanza
copia fatture e/o ricevute fiscali

SEZIONE COVID-19

Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19
copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)

Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19
copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)

Se si tratta di documenti integrativi riferiti ad un sinistro già in essere, ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono:
N° SINISTRO _____
Questo ci permetterà di accellerare la valutazione ed il rimborso.

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).

RICHIESTA DI NUOVA PRESTAZIONE IN RETE

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA - SCRIVERE QUANTO RIPORTATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

_____

Se si è già preso l'appuntamento (N.B.: L'APPUNTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE):

NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE:

_____

DATA: _____/_____/_____ **ORARIO:** _____

Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida; Copia dell'attestazione dello stato di servizio, rilasciata dal datore di lavoro dell''scritto (sempre necessaria).

In caso di Visite Specialistiche indicare l'eventuale nome del medico: _____

Data ___/___/_____ Firma del familiare dell'Iscritto _____
La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

Informativa resa agli utilizzatori del Fondo SANEDIL per il trattamento dati personali.

Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE N.2016/679 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali - GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, informiamo l'interessato di quanto segue:

Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento.

Di seguito Le indichiamo quali sono i nostri riferimenti ai quali potrà rivolgersi per ogni chiarimento.

- Il Titolare del trattamento è: Sanedil (Via Giuseppe Antonio Guattani, 9 - 00161, Roma)
- Il "Responsabile per la protezione dei dati" può essere contattato tramite mail all'indirizzo: privacy@fondosanedil.it.

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e relativa base giuridica.

Di seguito Le indichiamo perché Le chiediamo i dati personali.

I dati forniti vengono raccolti allo scopo di provvedere agli adempimenti previsti per gli utilizzatori del fondo sanitario integrativo per l'edilizia (Art. 6, lettere b, del GDPR).

I dati forniti saranno trattati, inoltre, per il legittimo interesse di SANEDIL, per lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di servizio offerto, collocazione geografica ed altri al fine di migliorare il serivio offerto e per l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria (Art.6, lettera f, del GDPR).

L'utilizzo dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio. La mancanza dei dati e/o l'eventuale espresso rifiuto al trattamento comporterà l'impossibilità per il Titolare di svolgere gli adempimenti di cui sopra.

Categorie di dati personali trattati.

Di seguito Le indichiamo quali tipologie di dati personali trattiamo.

Nell'ambito delle finalità dei trattamenti evidenziati al precedente paragrafo, saranno trattati dati personali che rientrano nella categoria dei dati identificativi quali:

- dati anagrafici e di contatto (nome, cognome, data di nascita, Codice Fiscale, indirizzo, telefono, ecc.);
- dati lavorativi (azienda datrice di lavoro, tipo di contratto, durata del rapporto, retribuzione);
- coordinate bancarie.

Verranno, inoltre, trattati categorie particolari di dati personali (relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i servizi richiesti.

Categorie di destinatari dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo chi potrà trattare i dati personali e a chi potranno essere comunicati.

Per le finalità di cui sopra i dati personali da Lei forniti potranno essere resi accessibili:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di addetti autorizzati al trattamento dei dati.
- A terzi soggetti che svolgono attività per conto del Titolare, nella loro qualità di Titolari autonomi (UNISALUTE per le prestazioni e UNIPOLSAI per i rimborsi), o Responsabili del trattamento (OPENBOX per la gestione dei sistemi informativi e CASSE EDILI / EDILCASSE, per lo svolgimento di attività di interfaccia con gli iscritti).
- Ad Autorità giudiziarie o di vigilanza, amministrazioni, enti ed organismi pubblici.

Principi generali.

Di seguito Le indichiamo gli aspetti generali che caratterizzano il trattamento dei dati personali.

I dati saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato, raccolti per le finalità sopra indicate, limitati e conservati quanto necessario con adeguate misure di sicurezza.

I dati saranno trattati unicamente nei paesi UE o in quelli per i quali vige una decisione di adeguatezza.

I dati personali non saranno oggetto di comunicazione o diffusione al di fuori delle categorie di destinatari indicati nel punto precedente.

Non è previsto che i dati vengano trattati per processi decisionali automatizzati.

Periodo di conservazione dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo per quanto tempo conserveremo i dati personali.

I dati personali raccolti per le finalità indicate al relativo paragrafo precedente saranno trattati e conservati al massimo per 10 anni dall'ultima registrazione. Tempi più lunghi saranno possibili in caso di contenziosi fino all'esaurimento degli stessi.

Diritti esercitabili.

Di seguito Le indichiamo tutti i diritti che Le garantiamo sui dati personali.

In conformità a quanto previsto nel Capo III, Sezione I, GDPR, Lei ha il diritto di:

- Chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, l'opposizione al trattamento dei propri dati.
- Revocare il consenso, là ove fondi il trattamento in qualsiasi momento lo desideri senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- Proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Lei potrà esercitare tali diritti (escluso l'ultimo) mediante il semplice invio di una richiesta via e-mail all'indirizzo del Titolare, sopra indicato.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Gentile Cliente,
ai sensi dell'Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento") e degli Artt. 15 e 16 del Reg. Ivass n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), La informiamo che, 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 coniuge e/o ai familiari, come indicati nelle condizioni di polizza, il trattamento potrà riguardare anche i dati personali di questi ultimi per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati personali (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, un Suo Delegato o il c.d. "Facilitatore" (quest'ultimo previsto solo per l'Iscritto al Fondo Sanedil) od altri soggetti(1) ci fornite; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali (relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.
Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione(2); in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza(3). 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. I dati relativi alla Sua salute sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dal contratto assicurativo e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi(3).

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo(4). Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.
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(5) o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa(3).
Potremo trattare dati personali rientranti in categorie particolari di dati (relativi al alla salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (Iscritto o Suo eventuale familiare)(6).

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti 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, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto(7). I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto a richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.
Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (5).
Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; persone da Lei delegate; 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. Enti di Assistenza del settore lavorativo di appartenenza), altri soggetti pubblici.

2) 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 l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali 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'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.

3) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, 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, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio 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 la protezione dei dati.

4) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it

5) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), 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'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). 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 europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

6) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).

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.

UNS_Modu_RimS_03 – Ed. 26.05.2021

PIANO SANITARIO FONDO SANEDIL
MODULO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONE/RIMBORSO
FIGLI MINORENNI FISCALMENTE A CARICO DELL'ISCRITTO

AFFINCHÉ SANEDIL E UNISALUTE S.p.A. POSSANO TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE ENTRAMBI I CONSENSI SOTTOSTANTI

FIGLIO MINORENNE DELL'ISCRITTO (Nome e cognome)

_____

e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Figlio minorenne dell'Iscritto Sanedil (in stampatello)

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSOCIATIVE EFFETTUATO DA SANEDIL** (*Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati*)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di **SANEDIL** sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso **SANEDIL** non potrà dare esecuzione ai servizi previsti dal Fondo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute.

Luogo e data _____ | Firma dell'Iscritto _____

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE EFFETTUATO DA UNISALUTE S.p.A.** (*Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati*)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di **UniSalute S.p.A.** sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso **UniSalute S.p.A.** non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data _____ | Firma dell'Iscritto _____

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO (OBBLIGATORI, SALVO INDICATO DIVERSAMENTE)				
Cognome		Nome		
Nato/a	il	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Residente in via	N°	CAP	Località/Comune	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Località/comune	Prov
Non obbligatorio N° Tel. fisso	OBBLIGATORIO Tel cellulare		Non obbligatorio E-mail	
☐ OPERAIO		☐ IMPIEGATO		
DATI ANAGRAFICI DEL FIGLIO MINORENNE, FISCALMENTE A CARICO, PER IL QUALE SI RICHIEDE LA PRESTAZIONE				
Nome e Cognome		Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		

OBBLIGATORIO – Notifica delle coordinate bancarie:

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

Codice IBAN	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ NON SONO INTESTATARIO NE' COINTESTATARIO DI UN CONTO BANCARIO

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

Data ___/___/_____ Firma dell'Iscritto _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

DATI ANAGRAFICI CASSA EDILE/EDILCASSA DENUNCIANTE (DA COMPILARE A CURA DELL'OPERATORE DELLA CASSA)

Cassa edile/Edilcassa di _____ Codice CNCE _____

Cognome operatore referente_____Telefono_____

Indirizzo email referente _____

MODULO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONE/ RIMBORSO FIGLI MINORENNI DELL'ISCRITTO

RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIÀ AVVENUTA

Documentazione richiesta

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

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico
copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
copia fatture e/o ricevute fiscali

Prestazioni pre e post ricovero
copia prescrizioni mediche
copia fatture e/o ricevute fiscali

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva
copia cartella clinica completa

Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata

Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata (non necessaria in caso di Pronto Soccorso)

Trattamenti fisioterapici riabilitativi
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio)

Prestazioni odontoiatriche particolari / implantologia / avulsione / ortodonzia /protesi mobili dentarie
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia radiografie e referti radiografici (in caso di implantologia)
diario clinico

Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia prescrizione medica con quesito diagnostico
copia radiografia pre e post prestazione e relativi referti
diario clinico

Cure odontoiatriche conservative
copia fatture e/o ricevute fiscali
diario clinico

Prestazioni diagnostiche particolari
copia fatture e/o ricevute fiscali

Protesi ortopediche e acustiche
copia prescrizioni mediche
copia fatture e/o ricevute fiscali

Lenti
copia fatture e/o ricevute fiscali
copia attestazione variazione visus rilasciata da optometrista / oculista

Ticket per ecografie in gravidanza
copia fatture e/o ricevute fiscali

SEZIONE COVID-19

Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19
copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)

Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19
copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)

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

N° SINISTRO _____

Questo ci permetterà di accellerare la valutazione ed il rimborso.

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).

RICHIESTA DI NUOVA PRESTAZIONE IN RETE

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA - SCRIVERE QUANTO RIPORTATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

_____

Se si è già preso l'appuntamento (N.B.: L'APPUNTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE):

NOME E INDIRIZZO DELLA STRUTTURA CONVENZIONATA CON UNISALUTE:

_____

DATA: _____/_____/_____ **ORARIO:** _____

Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida; Copia dell'attestazione dello stato di servizio, rilasciata dal prorio datore di lavoro (sempre necessaria).

In caso di Visite Specialistiche indicare l'eventuale nome del medico: _____

Data ___/___/_____ Firma dell'Iscritto _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

Informativa resa agli utilizzatori del Fondo SANEDIL per il trattamento dati personali.

Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE N.2016/679 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali - GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, informiamo l'interessato di quanto segue:

Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento.

Di seguito Le indichiamo quali sono i nostri riferimenti ai quali potrà rivolgersi per ogni chiarimento.

- Il Titolare del trattamento è: Sanedil (Via Giuseppe Antonio Guattani, 9 - 00161, Roma)
- Il "Responsabile per la protezione dei dati" può essere contattato tramite mail all'indirizzo: privacy@fondosanedil.it.

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e relativa base giuridica.

Di seguito Le indichiamo perché Le chiediamo i dati personali.

I dati forniti vengono raccolti allo scopo di provvedere agli adempimenti previsti per gli utilizzatori del fondo sanitario integrativo per l'edilizia (Art. 6, lettere b, del GDPR).

I dati forniti saranno trattati, inoltre, per il legittimo interesse di SANEDIL, per lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di servizio offerto, collocazione geografica ed altri al fine di migliorare il serivio offerto e per l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria (Art.6, lettera f, del GDPR).

L'utilizzo dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio. La mancanza dei dati e/o l'eventuale espresso rifiuto al trattamento comporterà l'impossibilità per il Titolare di svolgere gli adempimenti di cui sopra.

Categorie di dati personali trattati.

Di seguito Le indichiamo quali tipologie di dati personali trattiamo.

Nell'ambito delle finalità dei trattamenti evidenziati al precedente paragrafo, saranno trattati dati personali che rientrano nella categoria dei dati identificativi quali:

- dati anagrafici e di contatto (nome, cognome, data di nascita, Codice Fiscale, indirizzo, telefono, ecc.);
- dati lavorativi (azienda datrice di lavoro, tipo di contratto, durata del rapporto, retribuzione);
- coordinate bancarie.

Verranno, inoltre, trattati categorie particolari di dati personali (relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i servizi richiesti.

Categorie di destinatari dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo chi potrà trattare i dati personali e a chi potranno essere comunicati.

Per le finalità di cui sopra i dati personali da Lei forniti potranno essere resi accessibili:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di addetti autorizzati al trattamento dei dati.
- A terzi soggetti che svolgono attività per conto del Titolare, nella loro qualità di Titolari autonomi (UNISALUTE per le prestazioni e UNIPOLSAI per i rimborsi), o Responsabili del trattamento (OPENBOX per la gestione dei sistemi informativi e CASSE EDILI / EDILCASSE, per lo svolgimento di attività di interfaccia con gli iscritti).
- Ad Autorità giudiziarie o di vigilanza, amministrazioni, enti ed organismi pubblici.

Principi generali.

Di seguito Le indichiamo gli aspetti generali che caratterizzano il trattamento dei dati personali.

I dati saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato, raccolti per le finalità sopra indicate, limitati e conservati quanto necessario con adeguate misure di sicurezza.

I dati saranno trattati unicamente nei paesi UE o in quelli per i quali vige una decisione di adeguatezza.

I dati personali non saranno oggetto di comunicazione o diffusione al di fuori delle categorie di destinatari indicati nel punto precedente.

Non è previsto che i dati vengano trattati per processi decisionali automatizzati.

Periodo di conservazione dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo per quanto tempo conserveremo i dati personali.

I dati personali raccolti per le finalità indicate al relativo paragrafo precedente saranno trattati e conservati al massimo per 10 anni dall'ultima registrazione. Tempi più lunghi saranno possibili in caso di contenziosi fino all'esaurimento degli stessi.

Diritti esercitabili.

Di seguito Le indichiamo tutti i diritti che Le garantiamo sui dati personali.

In conformità a quanto previsto nel Capo III, Sezione I, GDPR, Lei ha il diritto di:

- Chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, l'opposizione al trattamento dei propri dati.
- Revocare il consenso, là ove fondi il trattamento in qualsiasi momento lo desideri senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- Proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Lei potrà esercitare tali diritti (escluso l'ultimo) mediante il semplice invio di una richiesta via e-mail all'indirizzo del Titolare, sopra indicato.

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Gentile Cliente,
ai sensi dell'Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento") e degli Artt. 15 e 16 del Reg. Ivass n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), La informiamo che, 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 coniuge e/o ai familiari, come indicati nelle condizioni di polizza, il trattamento potrà riguardare anche i dati personali di questi ultimi per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati personali (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, un Suo Delegato o il c.d. "Facilitatore" (quest'ultimo previsto solo per l'Iscritto al Fondo Sanedil) od altri soggetti(1) ci fornite; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali (relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.
Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione(2); in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza(3). 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. I dati relativi alla Sua salute sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dal contratto assicurativo e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi(3).

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo(4). Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.
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(5) o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa(3).
Potremo trattare dati personali rientranti in categorie particolari di dati (relativi al alla salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (Iscritto o Suo eventuale familiare)(6).

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti 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, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto(7). I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto a richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.
Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (5).
Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; persone da Lei delegate; 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. Enti di Assistenza del settore lavorativo di appartenenza), altri soggetti pubblici.

2) 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 l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali 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'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.

3) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, 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, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio 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 la protezione dei dati.

4) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it

5) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), 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'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). 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 europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

6) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).

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.

UNS_Modu_RimS_03 – Ed. 26.05.2021

RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PER DIPENDENTI DI IMPRESE EDILI E FAMILIARI - DIARIO CLINICO -

Gentile Cliente,

per erogare il rimborso della prestazione di odontoiatria, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la modulistica allegata.

Nello specifico:

> Il DIARIO CLINICO dovrà riportare le prestazioni effettuate relative alle fatture presentate a rimborso.
> Le prestazioni odontoiatriche oggetto del rimborso sono **esclusivamente** quelle previste dal Piano Sanitario, pertanto quanto riportato nel diario clinico fa fede solo ai fini istruttori e liquidativi.

Si prega di barrare con una X gli elementi o le sedi interessate e riportare l'importo complessivo per tipo di prestazione e le date di esecuzione.

La documentazione compilata andrà trasmessa alla propria Cassa Edile/EdilCassa di riferimento, unitamente alle fatture e alle radiografie, se previste dalla prestazione, pre e post impianto/intervento (in formato digitale originale esportato dal programma di visualizzazione utilizzato dall'odontoiatra o, nel caso di lastra analogica, la fotografia della radiografia su diafanoscopio in PDF o Jpeg).

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

san edil
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

DATI DEL PAZIENTE			
Cognome e Nome			
Nato a		il	
Codice Fiscale			
Residente a		Prov.	CAP
Via/Piazza	N°	N° Tel.	

DATI DEL DENTISTA			
Cognome e Nome			
Nato a		il	
Codice Fiscale			
Residente a		Prov.	CAP
Via/Piazza	N°	N° Tel.	

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

san edil
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)																IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70CC01	INTARSIO (INLAY, ONLAY, OVERLAY) OPPURE FACCETTA IN COMPOSITO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC02	RICOSTRUZIONE DEL DENTE POST TRATTAMENTO ENDODONTICO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC03	I CLASSE DI BLACK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC04	II CLASSE DI BLACK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC05	III CLASSE DI BLACK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC06	IV CLASSE DI BLACK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC07	V CLASSE DI BLACK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE01	TRATTAMENTO ENDODONTICO MONOCANALARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE02	TRATTAMENTO ENDODONTICO BICANALARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE03	TRATTAMENTO ENDODONTICO PLURICANALARE (3 O PIÙ CANALI)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE05	RITRATTAMENTO ENDODONTICO MONOCANALARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE06	RITRATTAMENTO ENDODONTICO BICANALARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE07	RITRATTAMENTO ENDODONTICO PLURICANALARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH02	APICECTOMIA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH03	ESTRAZIONE DENTALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH04	ESTRAZIONE DI ELEMENTO IN INCLUSIONE PARZIALE O TOTALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH05	RIZECTOMIA O RIZOTOMIA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH07	INTERVENTO DI CHIRURGIA ORTODONTICA PER ESPOSIZIONE DI ELEMENTO INCLUSO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

san edil
FONDO SANITARIO LAVORATORI EDILI

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)																IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70IM01	POSIZIONAMENTO DI FIXTURE IMPLANTARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PA03N	BLOCCAGGIO INTERDENTALE (SPLINTAGGIO)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PA05N	CHIRURGIA MUCOGENGIVALE E/O INTERVENTO DI CHIRURGIA OSSEA RESETTIVA E/O ALLUNGAMENTO DI CORONA CLINICA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PA06N	UTILIZZO DI MATERIALI BIOCOMPATIBILI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF01	ELEMENTO A GIACCA IN RESINA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF02	ELEMENTO DI MARYLAND	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF03	CORONA/FACCETTA IN CERAMICA, QUALSIASI TIPO DI MATERIALE DI SUBSTRATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF04	ELEMENTO PROVVISORIO IN RESINA O PROVVISORIO ARMATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF05	PERNO MONCONE ENDOCANALARE O ABUTMENT IMPLANTARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF07	RIMOZIONE CORONE O PERNI PREESISTENTI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF08	RIPARAZIONE FACCETTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PI04	SIGILLATURA DEI SOLCHI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PR02	ATTACCHI DI PRECISIONE, QUALSIASI TIPO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PR03	PERNO CON ATTACCO PER OVERDENTURE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70RA02	RADIOGRAFIA ENDORALE, ANALOGICA O DIGITALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

Data _____

Firma e timbro dell'odontoiatra _____

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)		IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70CH08	CHIRURGIA PREPROTESICA	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70CH11	AUMENTO VERTICALE E/O ORIZZONTALE DEL PROCESSO ALVEOLARE CON INNESTO AUTOLOGO E/O ETEROLOGO, O GRANDE RIALZO DI SENO MASCELLARE CON INNESTO AUTOLOGO E/O ETEROLOGO O APERTURA DEL SENO MASCELLARE (ES. PER RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO)	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PA02N	INTERVENTO DI CHIRURGIA GENGIVALE CON SCALING E ROOT PLANING A CIELO APERTO	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PA04	INTERVENTO PER GENGIVECTOMIA / GENGIVOPLASTICA	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PI03	TERAPIA CAUSALE PARODONTALE NON CHIRURGICA COMPRENSIVA DI SCALING-ROOT PLAINING E/O APPLICAZIONE DI LASER E/O OZONO	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)	IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70PF09	RIABILITAZIONE TOTALE FISSA AVVITATA SU IMPIANTI (ES.: TORONTO O COLUMBUS BRIDGE, ALL ON 4, ALL ON 6, ECC.)	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR04	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE DEFINITIVA	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR05	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR06	PROTESI RIMOVIBILE TOTALE DEFINITIVA	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR07	PROTESI RIMOVIBILE TOTALE PROVVISORIA	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR08	RIBASAMENTO DI PROTESI REMOVIBILE - SISTEMA DIRETTO O INDIRETTO	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		

Data _____

Firma e timbro dell'odontoiatra _____

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70CH01	SEDAZIONE COSCIENTE (ANALGESIA SEDATIVA)		
70CH06	INTERVENTO DI BIOPSIA		
70CH09	ALTRI INTERVENTI DI CHIRURGIA ORALE NON PRECEDENTEMENTE ELENCATI		
70GN02	MOLAGGIO SELETTIVO		
70GN03	BITE, QUALSIASI TIPOLOGIA		
70OR01	VISITA SPECIALISTICA ORTODONTICA O TRATTAMENTO DELLE URGENZE ORTODONTICHE		
70OR02N	TERAPIA ORTODONTICA FISSA O INVISIBILE		
70OR06	TERAPIA ORTODONTICA INTERCETTIVA, FUNZIONALE O ORTOPEDICA		
70OR08	MANTENITORE DI SPAZIO		
70PA01	INCISIONE DI ASCESSO		
70PI01	DETARTRASI		
70PI02	FLUOROPROFILASSI TOPICA		
70PR09	RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE		
70RA01	ORTOPANTOMOGRAFIA DELLE ARCATE DENTARIE, ANALOGICA O DIGITALE		
70RA03	TELERADIOGRAFIA, ANALOGICA O DIGITALE		
70RA04	TAC DENTALSCAN		
70VI01	VISITA DI CONTROLLO ODONTOIATRICA O TRATTAMENTO DELLE URGENZE ODONTOIATRICHE		

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra

MODULO RICHIESTA DI RIMBORSO PRESTAZIONI SANITARIE AUTOGESTITE DA SANEDIL
(documentazione per lavoratori dipendenti imprese edili)

Spazio riservato all'operatore di Cassa

CASSAEDILE/EDILCASSA_____ CODICE CNCE _____

OPERATORE REFERENTE _____
(Cognome)

A) DATI ANAGRAFICI DELLA/DEL DIPENDENTE ISCRITTA/O A SANEDIL

Nome*_____Cognome*_____

Nata/o a*_____Provincia*_____Stato*_____

Il*_____/_____/_____ Codice Fiscale* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in Via*_____ n°_____

Città*_____Provincia*_____Cap*_____

Cellulare*_____E-mail_____

Codice IBAN dell'Iscritta/o, o cointestato con l'Iscritta/o; 27 caratteri alfanumerici

IBAN* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__||__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

I campi contrassegnati con * sono obbligatori.

B) COMPILARE LA SEZIONE SOTTOSTANTE SOLO SE LA RICHIESTA RIGUARDA IL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO, RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA O PER FIGLI FISCALMENTE A CARICO

PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO:

Nome*_____ Cognome*_____

Nato/a*_____ il*_____

Codice Fiscale* |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente in_____ via_____ n°_____ Cap_____

Località/Comune_____ Prov._____

Domicilio (se diverso da residenza)_____ Cap_____

Località/comune_____ Prov_____ n°_____

tel._____Tel cell._____

E-mail_____

C) PRESTAZIONI SANITARIE

Barrare l'oggetto della richiesta di rimborso e i documenti che si allegano in copia

☐ **MONTATURA** per lenti graduate correttive

Allegare la seguente documentazione

☐ Copia attestazione variazione visus rilasciata da medico oculista/optometrista
(esclusivamente per documenti con data fino al 30 settembre 2022)

☐ Copia del documento di spesa: fattura, scontrino parlante

☐ **AUSILI/PRESIDI SANITARI**

☐ Sedia a rotelle

☐ Plantari ortopedici

☐ Stampelle, bastoni, tripodi, quadripodi e diversi deambulatori

(Specificare) _____

☐ Busto ortopedico

☐ Corsetto ortopedico

☐ Tutori/ortesi ortopedico

☐ Contenitore addominale

☐ Calzature ortopediche

Allegare la seguente documentazione

☐ Copia prescrizione del medico specialista
(deve contenere il quesito diagnostico o patologia presunta o accertata che ha reso necessaria la prestazione)

☐ Copia del documento di spesa: fattura/ricevuta emessa dal fornitore

☐ **TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI**

Allegare la seguente documentazione

☐ Copia prescrizione del medico

☐ Copia del documento di spesa: fattura/ricevuta
(il documento deve riportare il titolo abilitante del medico professionista)

☐ **VISITE SPECIALISTICHE**

Allegare la seguente documentazione

☐ Copia del documento di spesa
(il documento deve riportare il titolo abilitante del medico professionista)

La documentazione allegata alla presente richiesta di rimborso (fatture, ricevute, prescrizioni mediche, ecc…) va presentata in fotocopia. Sanedil potrà, a proprio insindacabile giudizio, richiedere in qualsiasi momento, per le opportune verifiche, l'invio della documentazione in originale o ulteriore documentazione oltre a quella già inviata. In caso di ricevimento di documenti falsi o contraffatti, SANEDIL ne darà comunicazione alle competenti autorità giudiziarie per le opportune verifiche e l'accertamento di eventuali responsabilità penali. Le spese sanitarie sostenute potranno essere, eventualmente, portate in detrazione nella dichiarazione dei redditi solo nel limite degli importi non rimborsati dal presente Fondo.

Luogo e Data _____

Firma dell'Iscritta/o _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

CONSENSO DELL'ISCRITTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA GESTIONE E L'EROGAZIONE DEI SERVIZI DI SANEDIL

La/Il sottoscritta/o_____

dichiara di aver letto e compreso l'informativa pubblicata sul sito di Sanedil Sez. Privacy, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute, per la gestione ed erogazione dei servizi di assistenza integrativa sanitaria e socio-sanitaria ed il rimborso diretto sulle prestazioni fruite.

Luogo e Data _____

Firma dell'Iscritta/o _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

CONSENSO DEL FAMILIARE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA GESTIONE ED EROGAZIONE DEI SERVIZI DI SANEDIL PER IL CONIUGE FISCALMENTE A CARICO RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA O FIGLIO MAGGIORENNE FISCALMENTE A CARICO

In caso di richiesta dell'Iscritto per coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia / o figlio maggiorenne fiscalmente a carico:
(spazio riservato al delegante)*

La/Il sottoscritta/o_____ in qualità di coniuge fiscalmente a carico, risultante dallo stato di famiglia o figlio maggiorenne /fiscalmente a carico dell'Iscritto/a dichiara di aver letto e compreso l'informativa pubblicata sul sito di Sanedil Sez. Privacy, ed esprime il consenso al trattamento dei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute per la gestione ed erogazione dei servizi di assistenza integrativa sanitaria e socio-sanitaria ed il rimborso a favore dell'Iscritto/a; accetta altresì che l'Iscritto/a sia l'unico destinatario delle comunicazioni da parte di SANEDIL e l'unico soggetto abilitato a caricare nell'area riservata richieste di rimborso e altri documenti, anche contenenti dati relativi alla salute, diretti a Sanedil per il tramite delle Casse edili o EdilCasse.

Luogo e Data _____

Firma _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Allegare copia del documento d'identità del Delegante

INFORMATIVA PRIVACY CONSULTABILE SUL SITO WWW.FONDOSANEDIL.IT SEZIONE PRIVACY