



# MODULO DI DENUNCIA SINISTRO ISCRITTI MUTUA TUTELA

Inviare il presente modulo e la documentazione allegata a:  
**UNISALUTE SpA - Via Del Gomito, 1 - 40127 Bologna BO**

## Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa allegata, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. n. 196/03, Codice in materia di protezione dei dati personali,  
**ACCONSENTO / ACCONSENTIAMO**

- al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità ivi indicate od obbligatorie per legge.

**Rimane fermo che il mio consenso e quello dei miei familiari assicurati è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.**

Data \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'interessato (leggibile) \_\_\_\_\_

firma del titolare di polizza \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'interessato (leggibile) \_\_\_\_\_

firma del "familiare 1" \_\_\_\_\_

Nome e cognome dell'interessato (leggibile) \_\_\_\_\_

firma del "familiare 2" \_\_\_\_\_

**NOTA BENE: IN ASSENZA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL PRESENTE MODULO UNISALUTE NON POTRA' VISIONARE LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA**

**Persona per cui si richiede il rimborso:** Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ residente in via \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \_\_\_\_\_  
Titolare di polizza: Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

## Documentazione allegata

**A) Ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto, day-hospital o intervento chirurgico ambulatoriale**

Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche  Fatture e/o ricevute fiscali

**A1) Prestazioni pre e post ricovero**

Prescrizioni mediche con indicazione patologia.....  Fatture e/o ricevute fiscali

**B) Ricovero: richiesta indennità sostitutiva**

Copia della cartella clinica completa

**C) Protesi ortopediche e acustiche**

Fatture e/o ricevute fiscali

**D) Prestazioni di alta specializzazione**

Prescrizioni mediche con indicazione patologia  Fatture e/o ricevute fiscali

**E) Prestazioni extraospedaliere**

Prescrizioni mediche con indicazione patologia  Fatture e/o ricevute fiscali

## Si allegano le seguenti fatture

Numero	data	Importo €	Numero	data	Importo €

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI  NO  Compagnia \_\_\_\_\_

**Ai fini del rimborso diretto, notifico le mie coordinate bancarie**

IBAN: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del Titolare \_\_\_\_\_



# MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

## ISCRITTI MUTUA TUTELA

### MODULO DA TRATTENERE A CURA DELL'ASSOCIATO

#### INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/03, **Codice in materia di protezione dei dati personali** (in seguito denominato Codice), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La informiamo di quanto segue.

#### 1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento, da parte di MUTUA TUTELA (in seguito denominata Mutua), delle finalità attinenti l'esercizio dell'attività assistenziale complementare e di quelle ad essa connesse (ivi compresa quella liquidativa), nonché di informazione sulle prestazioni a cui la Mutua stessa è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

#### 2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento

- è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- è effettuato manualmente nonché con l'ausilio di mezzi elettronici o telematici;
- è svolto direttamente dall'organizzazione della Mutua e da soggetti esterni a tale organizzazione (quali Compagnie di Assicurazione, Banche, SIM, etc.).

#### 3. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- strettamente necessario alla costituzione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla erogazione/liquidazione delle prestazioni;
- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio).

#### 4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali può comportare l'impossibilità di costituire od eseguire il rapporto giuridico o di garantire le prestazioni di assistenza complementare.

#### 5. COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI

- I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, ai soggetti deputati alla gestione delle forme di assistenza complementare quali Compagnie assicurative, SIM, Banche e ai soggetti deputati all'erogazione assistenziale complementare quali Compagnie assicurative e loro reti di fornitori sanitari (case di cura, poliambulatori, centri diagnostici). In tal caso, i dati identificativi dei corrispondenti titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso il Registro Pubblico tenuto dal Garante per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali nonché presso i suddetti soggetti. Inoltre i dati personali possono essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni ai sensi di legge
- In particolare i dati personali, sia comuni che sensibili, saranno comunicati ad Unisalute S.p.A., Via Del Gomitto, 1, 40127, Bologna, la quale potrà trattarli e comunicarli ai soggetti sopra indicati per finalità attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa e di quelle ad essa connesse (preparazione, conclusione ed esecuzione dei contratti, erogazione o liquidazione delle prestazioni sanitarie, informazione e promozione commerciale di propri prodotti, svolgimento di ricerche di mercato e di indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti). Titolare del trattamento dei dati è Unisalute S.p.A., nella persona del Direttore Generale pro-tempore.  
Relativamente all'esercizio da parte degli interessati, dei diritti di cui agli artt. 7, 8, 9 e 10 del Codice, Lei può rivolgersi al titolare del trattamento dei dati nella persona dell'Ing. Lorenzo Bifone (fax. 051-320.961).  
L'elenco completo dei responsabili del trattamento può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al suddetto titolare oppure consultando il sito Internet [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).
- I dati personali possono inoltre essere comunicati ai terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione
- I dati personali non sono soggetti a diffusione né a trasferimento all'estero.

#### 6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra i quali quelli di ottenere dal titolare o dal responsabile del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

#### 7. TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è la Mutua.