

MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO

Piano Sanitario Istituto Nazionale di Fisica Nucleare

AFFINCHE' UNISALUTE POSSA VISIONARE LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Sulla base dell'informativa ricevuta, Lei/Voi può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi/Vostri dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative, apponendo la Sua firma e quella dei Suoi familiari assicurati. Le/Vi ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà concludere il contratto assicurativo e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Data _____	Nome e cognome dell'interessato _____ (leggibile) (firma del titolare di polizza)
Nome e cognome dell'interessato _____ (leggibile) (firma del coniuge o convivente)	Nome e cognome dell'interessato _____ (leggibile) (firma del familiare)
Nome e cognome dell'interessato _____ (leggibile) (firma del familiare)	Nome e cognome dell'interessato _____ (leggibile) (firma del familiare)

Titolare di polizza: Nome _____ Cognome _____

Dipendente
 Associato
 Pensionato
 (barrare la casella corrispondente)

Persona per cui si richiede il rimborso: Nome _____ Cognome _____ nato il _____
 a _____ Prov. _____ residente in via _____ CAP _____ Città _____
 Prov. _____ Cod.Fiscale _____ tel. _____ e-mail _____

Documentazione allegata:

A) Ricovero in Istituto di cura, In day-hospital o intervento chirurgico ambulatoriale

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

B) Prestazioni pre e post ricovero

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

C) Ricovero: richiesta indennità sostitutiva

Copia della cartella clinica completa _____

D) Prestazioni di alta specializzazione / Visite specialistiche, esami e accertamenti diagnostici / Protesi ortopediche / Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

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

E) Grandi interventi odontoiatrici

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

F) Malattie oncologiche

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

Si allegano le seguenti fatture: Numero _____ del _____ Importo € _____
 Numero _____ del _____ Importo € _____
 Numero _____ del _____ Importo € _____
 Numero _____ del _____ Importo € _____

Altre polizze malattia/infortuni possedute: NO ; SI con la Compagnia _____

Ai fini del rimborso diretto delle spese sostenute, notifico le mie coordinate bancarie:

CIN	Banca/ABI	Sportello/CAB	C/C n.
-----	-----------	---------------	--------

Data _____ Firma del Titolare _____

Inviare il presente modulo e la documentazione allegata a Unisalute S.p.A. Via del Gomito, 1 - 40127 Bologna