UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

cassa italiana previdenza e assistenza geometri

MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PER GLI ISCRITTI E I PENSIONATI ATTIVI DELLA CASSA ITALIANA PREVIDENZA E ASSISTENZA GEOMETRI

DA COMPILARE E FIRMARE SOLO SE SI SCEGLIE DI NON ESTENDERE IL PIANO BASE AL NUCLEO FAMILIARE E/O DI NON ADERIRE AL PIANO INTEGRATIVO

Gentile Iscritto, gentile Pensionato
la Cassa di Previdenza e Assistenza ti garantisce una copertura assicurativa sanitaria gratuita e automatica tramite la compagnia UniSalute SpA; **affinché quest'ultima possa trattare i tuoi dati ed erogare i servizi assicurativi in conformità alla normativa vigente, ti chiediamo di compilare, firmare ed inviare il presente consenso al trattamento dei dati personali:**

Io Sottoscritto/a _____ C.F. _____

Nato a _____ Prov. _____ il _____

Via/Piazza _____ CAP _____

Località _____ Prov. _____

N° cell./tel._____ Indirizzo e-mail (leggibile) _____

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative
(Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma 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 dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data	Nome e cognome_____
	e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
	del titolare di polizza *(in stampatello)*
_____	Firma dell'interessato _____

Inviare via fax ai numeri 051/6386298 – 051/7096906 oppure via mail all'indirizzo adesionicassageometri@unisalute.it

MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO ALLA COMUNICAZIONE DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI ALLA CASSA DI PREVIDENZA E ASSISTENZA DEI GEOMETRI LIBERI PROFESSIONISTI - CIPAG

(Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, lei e/o i suoi familiari ha/avete la facoltà di autorizzare UniSalute S.p.A. a comunicare al Contraente di polizza **"Cassa Italiana di Previdenza e Assistenza dei Geometri Liberi Professionisti – CIPAG"**, solo ed esclusivamente dietro specifica richiesta di quest'ultimo, i dati sul suo/vostro stato di salute.
Qualora sia sua/vostra intenzione concedere tale autorizzazione, sarà possibile farlo apponendo la sua/vostra firma negli spazi sottostanti.
Precisiamo che **tale consenso è facoltativo, che il suo mancato rilascio non incide sul trattamento per finalità assicurative e che, in difetto del predetto consenso, UniSalute S.p.A. non potrà comunicare i suoi/vostri dati sensibili al Contraente suddetto.**

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

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

Inviare via fax ai numeri 051/6386298 – 051/7096906 oppure via mail all'indirizzo adesionicassageometri@unisalute.it