

## RICHIESTA DI INVIO CARTACEO DOCUMENTAZIONE CONTRATTUALE

**Prima di richiederne copia cartacea, pensa all'ambiente.**

Da inviare compilato e firmato via mail a [clienti@unisalute.it](mailto:clienti@unisalute.it)

### INFORMATIVA AL CLIENTE PER LA PREDISPOSIZIONE DI PREVENTIVI ASSICURATIVI

(art. 13 D. Lgs. n. 196/2003 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Gentile Cliente,

per fornirti i prodotti e/o servizi assicurativi richiesti o previsti in tuo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che ti riguardano.

#### QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati (come, ad esempio, il luogo residenza, la data di nascita e l'indirizzo di posta elettronica, oppure anche il nome, cognome e indirizzo di residenza) nel caso in cui chiedi di ricevere la documentazione precontrattuale/contrattuale in forma cartacea. Il conferimento di questi dati è necessario per procedere con l'invio della documentazione. I dati conferiti verranno conservati per un periodo di 60 giorni.

#### COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I tuoi dati non saranno soggetti a diffusione e saranno trattati solo da incaricati e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni e, in conformità alle istruzioni ricevute, con le modalità e procedure, anche informatiche, necessarie per la formulazione del preventivo da te richiesto.

#### QUALI SONO I TUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) ti garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che ti riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso in cui i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'invio di ulteriori aggiornamenti.

Titolare del trattamento dei dati è Unisalute S.p.A. ([www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)) con sede in Via Larga, 8 – 40138 Bologna (BO). Per ogni eventuale dubbio o chiarimento potrai contattare il Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo e-mail [privacy@unisalute.it](mailto:privacy@unisalute.it) o presso il recapito sopra indicato.

#### CONSENSO

Preso atto di quanto indicato nell'informativa che precede acconsento al trattamento dei miei dati personali per le finalità di cui sopra.

Acconsento  Non acconsento

#### DATI ANAGRAFICI

Iscritto Cassa Geometri  Pensionato/Superstite Cassa Geometri

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Cod. Mecc. n° \_\_\_\_\_ Nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

N° cell./tel. \_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_

Richiedo l'invio cartaceo della documentazione contrattuale all'indirizzo da me indicato nel presente modulo

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma (leggibile) \_\_\_\_\_