

## MODULO DI RICHIESTA DI ADESIONE AL PIANO SANITARIO "C" CASSA GEOMETRI

Restituire il presente documento, compilato e firmato in tutte le sue parti, a [adesionigeometri@unisalute.it](mailto:adesionigeometri@unisalute.it)  
entro il 19/07/2022.

### Numero adesione:

#### DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE

Il sottoscritto/a			Nato il	
Nato a	Prov.	Codice Fiscale		
Residente in			CAP	
Comune			Prov.	
Tel cell.		E-mail		

#### DATI ANAGRAFICI DEI FAMILIARI INSERITI IN COPERTURA

Nome e Cognome	Sesso	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela

Importo annuo totale per persona € 106,40

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

La Società si riserva il diritto di richiedere informazioni in base al tipo di disturbi medici dichiarati. Il sottoscritto dichiara che le risposte sono sincere e veritiere e che non ha nascosto nulla che possa indurre in errore la Società e che possa falsare la decisione da assumere in merito all'assicurazione proposta. Prende atto inoltre che le dichiarazioni inesatte e reticenti relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1984 del Codice Civile.

Per \_\_\_\_\_, dichiaro quanto segue:

- 1-Non ha attualmente limitazioni per compiere una o più delle attività seguenti: deambulare, lavarsi (farsi il bagno/igiene del corpo), vestirsi, nutrirsi, continenza
- 2-Non ha diritto o non ha richiesto un riconoscimento di invalidità civile superiore al 25%. Non è prepensionato o non ha fatto richiesta di prepensionamento per ragioni di salute. Non beneficia di agevolazioni in qualità di lavoratore portatore di handicap
- 3-Non è esentato o non ha richiesto l'esenzione (al 100%) dal pagamento del ticket del servizio sanitario per l'assistenza medica
- 4-Non soffre di malattie, postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitano le sue capacità fisiche o mentali, durante la vita quotidiana o la vita professionale
- 5-Non soffre delle malattie di Alzheimer, Parkinson, della sclerosi a placche, di un diabete non stabilizzato, di ipertensione mal controllata
- 6-Negli ultimi 5 anni non ha sofferto / non ha ricevuto cure, o non soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie: tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino
- 7-Non è mai stato sottoposto a terapie radiante, chemioterapia, oppure non fa uso regolare di farmaci (ad eccezione di farmaci a contenuto ormonale)
- 8-Non fa uso di prodotti contenenti nicotina
- 9-Non è un ex fumatore

In caso di mancata compilazione di una o più caselle, per consentirne la corretta valutazione, ti invitiamo a precisare la natura della malattia, la causa, il trattamento, le date, la durata, gli esami, le conseguenze e il decorso per ciascuna di esse utilizzando la numerazione sopra indicata. Per la dichiarazione n.8, in caso di uso di sigarette, chiediamo di specificare il numero medio giornaliero e da quanto tempo se ne fa uso.

---

---

---

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

Per \_\_\_\_\_, dichiaro quanto segue:

- 1-Non ha attualmente limitazioni per compiere una o più delle attività seguenti: deambulare, lavarsi (farsi il bagno/igiene del corpo), vestirsi, nutrirsi, continenza
- 2-Non ha diritto o non ha richiesto un riconoscimento di invalidità civile superiore al 25%. Non è prepensionato o non ha fatto richiesta di prepensionamento per ragioni di salute. Non beneficia di agevolazioni in qualità di lavoratore portatore di handicap
- 3-Non è esentato o non ha richiesto l'esenzione (al 100%) dal pagamento del ticket del servizio sanitario per l'assistenza medica
- 4-Non soffre di malattie, postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitano le sue capacità fisiche o mentali, durante la vita quotidiana o la vita professionale
- 5-Non soffre delle malattie di Alzheimer, Parkinson, della sclerosi a placche, di un diabete non stabilizzato, di ipertensione mal controllata
- 6-Negli ultimi 5 anni non ha sofferto / non ha ricevuto cure, o non soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie: tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino
- 7-Non è mai stato sottoposto a terapie radiante, chemioterapia, oppure non fa uso regolare di farmaci (ad eccezione di farmaci a contenuto ormonale)
- 8-Non fa uso di prodotti contenenti nicotina
- 9-Non è un ex fumatore

In caso di mancata compilazione di una o più caselle, per consentirne la corretta valutazione, ti invitiamo a precisare la natura della malattia, la causa, il trattamento, le date, la durata, gli esami, le conseguenze e il decorso per ciascuna di esse utilizzando la numerazione sopra indicata. Per la dichiarazione n.8, in caso di uso di sigarette, chiediamo di specificare il numero medio giornaliero e da quanto tempo se ne fa uso.

---

---

---

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

Per \_\_\_\_\_, dichiaro quanto segue:

- 1-Non ha attualmente limitazioni per compiere una o più delle attività seguenti: deambulare, lavarsi (farsi il bagno/igiene del corpo), vestirsi, nutrirsi, continenza
- 2-Non ha diritto o non ha richiesto un riconoscimento di invalidità civile superiore al 25%. Non è prepensionato o non ha fatto richiesta di prepensionamento per ragioni di salute. Non beneficia di agevolazioni in qualità di lavoratore portatore di handicap
- 3-Non è esentato o non ha richiesto l'esenzione (al 100%) dal pagamento del ticket del servizio sanitario per l'assistenza medica
- 4-Non soffre di malattie, postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitano le sue capacità fisiche o mentali, durante la vita quotidiana o la vita professionale
- 5-Non soffre delle malattie di Alzheimer, Parkinson, della sclerosi a placche, di un diabete non stabilizzato, di ipertensione mal controllata
- 6-Negli ultimi 5 anni non ha sofferto / non ha ricevuto cure, o non soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie: tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino
- 7-Non è mai stato sottoposto a terapie radiante, chemioterapia, oppure non fa uso regolare di farmaci (ad eccezione di farmaci a contenuto ormonale)
- 8-Non fa uso di prodotti contenenti nicotina
- 9-Non è un ex fumatore

**In caso di mancata compilazione di una o più caselle**, per consentirne la corretta valutazione, ti invitiamo a precisare la natura della malattia, la causa, il trattamento, le date, la durata, gli esami, le conseguenze e il decorso per ciascuna di esse utilizzando la numerazione sopra indicata. **Per la dichiarazione n.8**, in caso di uso di sigarette, chiediamo di specificare il numero medio giornaliero e da quanto tempo se ne fa uso.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Per \_\_\_\_\_, dichiaro quanto segue:

- 1-Non ha attualmente limitazioni per compiere una o più delle attività seguenti: deambulare, lavarsi (farsi il bagno/igiene del corpo), vestirsi, nutrirsi, continenza
- 2-Non ha diritto o non ha richiesto un riconoscimento di invalidità civile superiore al 25%. Non è prepensionato o non ha fatto richiesta di prepensionamento per ragioni di salute. Non beneficia di agevolazioni in qualità di lavoratore portatore di handicap
- 3-Non è esentato o non ha richiesto l'esenzione (al 100%) dal pagamento del ticket del servizio sanitario per l'assistenza medica
- 4-Non soffre di malattie, postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitano le sue capacità fisiche o mentali, durante la vita quotidiana o la vita professionale
- 5-Non soffre delle malattie di Alzheimer, Parkinson, della sclerosi a placche, di un diabete non stabilizzato, di ipertensione mal controllata
- 6-Negli ultimi 5 anni non ha sofferto / non ha ricevuto cure, o non soffre attualmente di una o più delle seguenti malattie: tumori, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie dell'apparato genitourinario, malattie del sistema endocrino
- 7-Non è mai stato sottoposto a terapie radiante, chemioterapia, oppure non fa uso regolare di farmaci (ad eccezione di farmaci a contenuto ormonale)
- 8-Non fa uso di prodotti contenenti nicotina
- 9-Non è un ex fumatore

**In caso di mancata compilazione di una o più caselle**, per consentirne la corretta valutazione, ti invitiamo a precisare la natura della malattia, la causa, il trattamento, le date, la durata, gli esami, le conseguenze e il decorso per ciascuna di esse utilizzando la numerazione sopra indicata. **Per la dichiarazione n.8**, in caso di uso di sigarette, chiediamo di specificare il numero medio giornaliero e da quanto tempo se ne fa uso.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Luogo e data \_\_\_\_\_

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

## Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative

*(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati)*

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa 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 e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Vi 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). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo - anch'essi assicurati UniSalute - a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data

Nome e cognome

e C.F. \_\_\_\_\_  
del titolare del piano sanitario (in stampatello)

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Nome e cognome del familiare 1 \*

Nome e cognome del familiare 2 \*

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Nome e cognome del familiare 3 \*

Nome e cognome del familiare 4 \*

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Nome e cognome del familiare 5 \*

Nome e cognome del familiare 6 \*

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Nome e cognome del familiare 7 \*

Nome e cognome del familiare 8 \*

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

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

## 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<sup>(1)</sup>.

### 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<sup>(2)</sup> ci fornisce; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali<sup>(3)</sup> (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<sup>(4)</sup>; 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<sup>(5)</sup>. 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.), inviati 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<sup>(6)</sup>. 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<sup>(1)(6)</sup>.

### 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<sup>(6)</sup>. 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<sup>(7)</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(8)</sup>.

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<sup>(9)</sup>. 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](http://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](mailto: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 consorzi 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-tarifarie.
- 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 anticiclaggio 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](http://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; 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 basato 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.

UniSalute S.p.A.



Sede Legale e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it) - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961  
Capitale sociale i.v. Euro 78.028.566,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 03843680376 - P. IVA 0374081207 - R.E.A. 319365  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00084 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046  
[www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)