

## 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 **16/05/2024**.

### 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 € 53,20

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 personali e dei 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"), ti informiamo che, fornirti i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, eventualmente anche a favore dei tuoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. ha la necessità di utilizzare alcuni dati che ti riguardano e che riguardano i tuoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati.

### QUALI DATI RACCOGLIAMO

#### 1. Per finalità assicurative

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica), che tu stesso o altri soggetti<sup>1</sup> ci fornisci, indispensabili per fornirti i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione<sup>2</sup>, e 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>3</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirti correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a tuoi recapiti (recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica) può inoltre risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderai di registrarti all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili utilizzeremo questi dati anche per identificarti come nostro assicurato e per fornirti i servizi previsti dalla tua polizza ed inviarti le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a te ed ai tuoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal tuo *smartphone*, e per fornirti, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle tue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri, anche riguardanti la posizione dei tuoi familiari eventualmente assicurati.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati<sup>4</sup> (idonei a rivelare le tue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per dare corso alle prestazioni previste dalla tua polizza e per fornirti i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite)<sup>2</sup> e per adempimenti normativi<sup>3</sup>. Il conferimento di questi dati è necessario per poterti fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso tuo o del tuo eventuale familiare/convivente interessato<sup>5</sup>.

I tuoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che ti riguardano<sup>6</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>3</sup>. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I tuoi 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, assicurativi (di regola, 10 anni).

#### 2. Per finalità di marketing

In caso di tuo consenso, che ti chiederemo in una sezione separata ai sensi degli Artt. 82 e 83 del Reg. Ivass n. 40/2018 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), e che potrà essere facoltativamente prestato, i tuoi dati personali, con esclusione di quelli appartenenti a categorie particolari (Art. 9 del Regolamento)<sup>4</sup>, potranno essere altresì trattati per finalità di effettuazione di comunicazioni commerciali relative a prodotti o servizi della Società titolare, delle società facenti parte del Gruppo Unipol<sup>7</sup> e di società terze, in particolare per invio di comunicazioni promozionali, newsletter e materiale pubblicitario, attività di vendita diretta e compimento di ricerche di mercato, incluse indagini sulla qualità e soddisfazione dei servizi, mediante tecniche di comunicazione a distanza comprensive di modalità automatizzate di contatto (come SMS, MMS, fax, chiamate telefoniche automatizzate, posta elettronica, messaggi su applicazioni web) e tradizionali (come posta cartacea e chiamate telefoniche con operatore). I tuoi dati saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa privacy e saranno conservati per due anni per finalità relative a comunicazioni commerciali, termini decorrenti dalla cessazione dei rapporti con UniSalute; decorsi tali termini non saranno più utilizzati per le predette finalità.

Il mancato conferimento dei tuoi dati per le finalità di cui al presente paragrafo 2, nonché il tuo mancato consenso espresso per la medesima finalità, non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla sottoscrizione e/o gestione dei Prodotti e ai rapporti giuridici in essere, precludendo esclusivamente l'espletamento delle attività indicate nel presente paragrafo.

### COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I tuoi dati e quelli dei tuoi familiari eventualmente assicurati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che ti 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>8</sup>. Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol<sup>7</sup>.

Potremo trattare eventuali dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi allo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (tu o tuo eventuale familiare/convivente)<sup>9</sup>.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore dei tuoi familiari/conviventi, alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a tua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della tua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili e gestire così in autonomia la propria posizione anche in riferimento ai propri dati personali.

### QUALI SONO I TUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) ti garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che ti riguardano, di richiedere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, la portabilità dei dati che ci hai fornito, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opporli al trattamento per motivi legati alla tua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei tuoi dati sia basato sul consenso da te espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca.

Titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. ([www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)) con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 Bologna (BO).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a tua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrai contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito [privacy@unisalute.it](mailto:privacy@unisalute.it), al quale potrai rivolgerti, oltre che per l'esercizio dei tuoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati di cui alla nota(6). Resta fermo il tuo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti in materia.

<sup>1</sup> Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le tue 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.

<sup>2</sup> 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'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, 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.

<sup>3</sup> 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 antiriciclaggio 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 il riscontro.

<sup>4</sup> Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Ai sensi dell'art 4 punto 1) del Regolamento dati personali (non appartenenti a categorie particolari) sono costituiti da qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione o un identificativo online; In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla ns. Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

<sup>5</sup> Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

<sup>6</sup> In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UniSalute S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (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.

<sup>7</sup> 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).

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti

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)

