MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO - UniSalute Dentista

PERSONA CHE RICHIEDE IL RIMBORSO: Cognome			Nome	
PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO: Cognome **(se diversa da quella sopra)**			Nome	
Nato/a	il	Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		
Residente in via	N°	CAP	Località/Comune	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Località/comune	Prov
N° tel.	Tel cell.	E-mail		

Nota per la compilazione: se la persona che richiede il rimborso è diversa rispetto a quella per cui si richiede il rimborso, le informazioni (data e luogo di nascita, codice fiscale, domicilio, etc.) devono essere riferite al soggetto per cui si richiede il rimborso.

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative
(Art. 9, paragrafo 2, lett. a) del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'allegata informativa sul trattamento dei dati personali, l'interessato* può esprimere il consenso per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma nello spazio sottostante.
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 (in specie, relativi alla salute), per la liquidazione di eventuali sinistri o per l'erogazione dei rimborsi.

Luogo e data

_____

Nome e cognome dell'interessato* _____

Firma dell'interessato **_____

* Per "*interessato*" si intende la persona che richiede (e/o per la quale viene richiesto) il rimborso e a cui si riferiscono i dati personali.
** Per i minori/inabilitati/interdetti firmano gli esercenti la responsabilità genitoriale e/o curatori/tutori.

DOCUMENTAZIONE DA INVIARE

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione:

- Copia del ticket per la garanzia **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI** ☐
- Copia del ticket per la garanzia **INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO** ☐
- Copia del ticket per la garanzia **PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO PER CIRCOLAZIONE STRADALE** ☐
- Copia del ticket, se si richiede di attivare la garanzia **CURE DENTARIE DA INFORTUNIO** ☐

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali.

Se stai allegando documenti integrativi riferiti a un sinistro già denunciato ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono.
N° SINISTRO_____
Questo ci permette di accellerare la valutazione e quindi le procedure di rimborso. Trovi il numero del sinistro su unisalute.it – area riservata - sezione "estratto conto" oppure contattando la Centrale Operativa telefonica al numero verde del tuo piano sanitario. Puoi fare l'upload dei documenti integrativi anche direttamente on line su unisalute.it – area riservata - sezione "estratto conto": è facile e veloce.

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:

c/c intestato a: _____ Banca/Posta_____

Codice IBAN	|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva ad UniSalute attraverso l'area riservata del sito internet.

È possibile inviare il presente modulo e la documentazione richiesta, con le seguenti modalità: UniSalute S.p.A. Spese Sanitarie Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO
Online dalla propria area riservata del sito www.unisalute.it. sezione rimborsi

Data_____ Firma dell'Assicurato _____