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 relativi alla salute per finalità assicurative

(Art. 9 Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

UNS_Cons_CoCo_04 – Ed. 01.01.2025

Preso atto di quanto indicato nell'informativa, che dichiara di aver letto, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute), per finalità assicurative, apponendo la sua firma e, ove necessario, facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati, negli spazi sottostanti. Le 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 finalità assicurative e liquidative.

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.**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI PER LA COMMERCIALIZZAZIONE A DISTANZA DI SERVIZI ASSICURATIVI E PER FINALITÀ DI MARKETING

Preso atto di quanto indicato nell'informativa, che dichiara di aver letto, apponendo la Sua firma nello spazio sottostante, Lei può esprimere il consenso al trattamento dei suoi dati personali per l'invio, da parte di UniSalute S.p.A., di comunicazioni commerciali relative a prodotti o servizi di UniSalute stessa, delle società facenti parte del Gruppo Unipol e di società terze, e, in particolare, per l'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) e tradizionali (come posta cartacea e chiamate telefoniche con operatore).
In assenza di tale consenso, UniSalute non potrà effettuare le comunicazioni sopra indicate. Ciò non comporterà, tuttavia, alcuna conseguenza per il rapporto assicurativo in essere.

Nome e cognome del contraente di polizza *(in stampatello)*	Firma