UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

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

(Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che **in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo,** che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data	Nome e cognome _____ e C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| del titolare di polizza *(in stampatello)* Firma dell'interessato

UNS_Cons_CoCo_01 - Ed. 25.05.2015

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per la commercializzazione a distanza di servizi assicurativi e per finalità di marketing

Ai sensi degli artt. 23 e 130 D. Lgs. 196/03 – Codice privacy, dell'art. 67-sexies decies d.lgs. 206/05 - Codice Consumo e dell'art. 15 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del D. Lgs. 209/05 - Codice Assicurazioni Private)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, dichiaro di acconsentire al trattamento dei miei dati personali da parte di UniSalute S.p.A. per le finalità di invio di newsletter e materiale pubblicitario, di compimento di ricerche di mercato, di comunicazioni commerciali o di vendita diretta, attinenti a contratti assicurativi di UniSalute, nonché a prodotti e servizi di altre società del Gruppo Unipol o di società terze (partner commerciali di UniSalute), mediante le seguenti tecniche di comunicazione a distanza: posta, telefono, sistemi anche automatizzati di chiamata, e-mail, fax e SMS o MMS.

Nel caso in cui decidesse di non firmare la presente dichiarazione UniSalute non potrà effettuare le comunicazioni sopra indicate.

Nome e cognome del titolare di polizza *(in stampatello)*	Firma dell'interessato