

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

AFFINCHÉ CADIPROF E UNISALUTE S.p.A. POSSANO VISIONARE LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili

Preso atto dell'informativa, ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE n.2016/679 (GDPR)

ACCONSENTO

- al trattamento dei dati personali, anche sensibili, che mi riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità ivi indicate o obbligatorie per legge.

Resta inteso che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Nome e cognome (*leggibile*) _____

Firma del richiedente _____

ASSISTITO:

Cognome _____ Nome _____

Nato _____ il ___ / ___ / ___ Prov. _____

Stato estero _____ Residente in _____

Residente in _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Cod.Fiscale _____ tel. _____ e-mail _____

Domicilio (se diverso dalla residenza) _____ n° _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____

Documentazione allegata

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

INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA IN CASO DI POSITIVITÀ COVID-19 (CORONAVIRUS)

lettera di dimissione

DIARIA DA ISOLAMENTO DOMICILIARE PER COVID-19

referto del tampone che attesti la positività al virus COVID-19

Se si tratta di documenti integrativi riferiti a un sinistro già in essere ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono. N° SINISTRO _____

Questo ci permette di accelerare la valutazione e quindi le procedure di rimborso. Trovi il numero del sinistro nell'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 -area riservata - sezione "estratto conto": è facile e veloce.

Dichiaro sotto la mia responsabilità che la presente richiesta viene effettuata in qualità di iscritto/a alla CADIPROF, in forza presso:

Datore di lavoro _____ Cod. Fiscale (Datore di lavoro) _____

Data _____ Firma del richiedente _____

INVIARE IL MODULO E LA DOCUMENTAZIONE ALLEGATA A:

UNISALUTE S.p.A. Spese Sanitarie Clienti, c/o CMP BO Via Zanardi 30 - 40131 Bologna (BO)

