

CISL
PROGRAMMA "UNIONVITA SALUTE"
RICOVERO PER INFORTUNIO

MODULO DI DENUNCIA

COMPILARE IN STAMPATELLO, IN MODO CHIARO E LEGGIBILE

N.B. Il modulo va compilato e consegnato **entro 30 giorni** dalla data di dimissione dall'Istituto di cura pubblico o privato.

Dati Personali

RECAPITO TELEFONICO

/

COGNOME E NOME

--

PROFESSIONE

--

DATA DI NASCITA

/	/	/
---	---	---

SESSO

M	F
---	---

CODICE FISCALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INDIRIZZO
PROV.

--

C.A.P.

--

COMUNE

--

DOCUMENTO IDENTIFICATIVO

--

NUMERO DOCUMENTO

--

RILASCIATO DA

--

IN DATA

--

DATI VALIDI AI SENSI DELLA LEGGE 197/1995

Dati Ospedalieri

DATA ACCADIMENTO DELL'EVENTO

/	/	/
---	---	---

DESCRIZIONE DELL'EVENTO

<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

DATA INIZIO RICOVERO

/	/	/
---	---	---

DATA DI DIMISSIONE

/	/	/
---	---	---

1° ricovero

--

2° ricovero

--

3° ricovero

--

SONO PREVISTI ALTRI RICOVERI PER QUESTO EVENTO?

SI NO

Se SI, indicare per quando ____/____/____ ed i giorni di ricovero previsti _____

NOME ED INDIRIZZO DELL'ISTITUTO DI CURA PUBBLICO O PRIVATO

<hr/> <hr/>

Il sottoscritto autorizza il medico curante e/o l'Istituto di cura che lo hanno visitato e curato a fornire alla UNIONVITA S.p.a. tutte le informazioni inerenti il suo stato di salute, che la stessa ritenga necessarie per la definizione della pratica di liquidazione.

Se avete aderito anche al Programma "Unionvita Salute Più", è sufficiente indicare il vostro numero di Proposta/Polizza per denunciare il presente sinistro:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--

DATA ____/____/____

FIRMA



UNIONVITA
Assicurazioni per la vita

Consenso al trattamento dati personali comuni e sensibili

Presa visione dell'informativa allegata ed ai sensi degli articoli 11, 20, 22 e 28 della legge 31 dicembre 1996 n.675,

acconsento

- ▼ al trattamento dei dati personali comuni e sensibili, che mi riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale
- ▼ alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett.a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett.a), della medesima informativa o obbligatori per legge
- ▼ alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione
- ▼ al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE);

acconsento

- ▼ al trattamento dei dati personali comuni e sensibili, che mi riguardano, per finalità d'informazione e promozione commerciale di prodotti assicurativi.

Rimane fermo che il mio consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____ (firma) _____

Data _____ (firma) _____

Inviare il presente modulo e la documentazione allegata a:
UNIONVITA S.p.A. – Viale Castro Pretorio n. 124 – 00185 Roma
Tel. 06/49.21.61 Fax 06/49.21.63.00