

PIANO SANITARIO FONDO SANEDIL
MODULO PER LA RICHIESTA DI PRESTAZIONE/RIMBORSO
ISCRITTI SANEDIL

AFFINCHÉ SANEDIL E UNISALUTE S.p.A. POSSANO TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE ENTRAMBI I CONSENSI SOTTOSTANTI

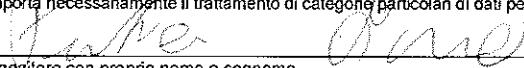
L'ISCRITTO (Nome e cognome) **NINO PINTO**

e C.F. **PNTINN16TMM1259R** dell'Iscritto Sanedil* (in stampatello)

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSOCIAZIONE EFFETTUATO DA SANEDIL** (Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di SANEDIL sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso SANEDIL non potrà dare esecuzione ai servizi previsti dal Fondo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute.

Luogo e data _____

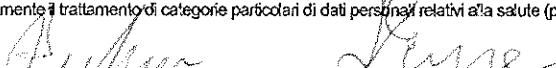
Firma dell'Iscritto 

* Se minorenne, firma un genitore con proprio nome e cognome.

- **CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSICURATIVE EFFETTUATO DA UNISALUTE S.p.A.** (Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa di UniSalute S.p.A. sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), 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 di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data _____

Firma dell'Iscritto 

* Se minorenne, firma un genitore con proprio nome e cognome.

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO (OBBLIGATORI, SALVO INDICATO DIVERSAMENTE)

Cognome	PINTO			Nome NINO	
Nato/a	TORRE DEL GRECO			11/12/1964	Codice Fiscale PNTINN16TMM1259R
Residente in via	VESPUCCI			N° 9	CAP
Domicilio (se diverso da residenza)				CAP	Località/Comune NOVI DI MODENA
Non obbligatorio N° Tel. fisso	OBBLIGATORIO	Tel cellulare	Non obbligatorio E-mail		
<input checked="" type="checkbox"/> OPERAIO				<input type="checkbox"/> IMPIEGATO	

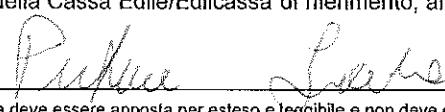
DATI ANAGRAFICI DEI GENITORI (OBBLIGATORIO IN CASO DI ISCRITTO MINORENNE)

Nome e Cognome	Codice Fiscale				
Nome e Cognome	Codice Fiscale				

EVENTUALE DELEGA AL "FACILITATORE" (PREVISTO SOLO PER L'ISCRITTO)

Il/La Sig./Sig.ra **TONIASO DONATO** nato/a a **FIRENZE**
(Prov. **FI**), il **11/12/1937**, a consegnare la presente richiesta di attivazione del servizio e/o richiesta di rimborso, compresa la relativa documentazione eventualmente allegata, presso lo sportello della Cassa Edile/Edilcassa di riferimento, al solo fine di ottenere le prestazioni previste dal Piano Sanitario Sanedil.

Data ____/____/____

Firma 

* Allegare copia del documento d'identità del Delegante.

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

OBBLIGATORIO – Notifica delle coordinate bancarie:

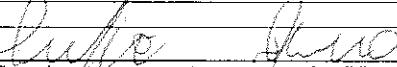
c/c intestato a: **VITALE ANNA e NINO PINTO** Banca/Posta _____

Codice IBAN	IT142V1010306690000001010121868
-------------	---------------------------------

NON SONO INTESTATARIO NE' COINTESTATARIO DI UN CONTO BANCARIO

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva alla Cassa Edile/Edilcassa di riferimento.

Data ____/____/____

Firma* 

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Firma dell'Iscritto o, se minorenne, del genitore con proprio nome e cognome

DATI ANAGRAFICI CASSA EDILE/EDILCASSA DENUNCIANTE (DA COMPILEARE A CURA DELL'OPERATORE DELLA CASSA)

Cassa edile/Edilcassa di _____ Codice CNCE _____
Cognome operatore referente _____ Telefono _____
Indirizzo email referente _____

RIMBORSO DI UNA PRESTAZIONE GIÀ AVVENUTA

Documentazione richiesta

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

Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico
 copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
 copia fatture e/o ricevute fiscali
Prestazioni pre e post ricovero
 copia prescrizioni mediche
 copia fatture e/o ricevute fiscali
Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva
 copia cartella clinica completa
Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche
 copia fatture e/o ricevute fiscali
 copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso
 copia fatture e/o ricevute fiscali
 copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata (non necessaria in caso di Pronto Soccorso)
Trattamenti fisioterapici riabilitativi
 copia fatture e/o ricevute fiscali
 copia prescrizioni mediche con indicazione patologia
 copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio)
Prestazioni odontoiatriche particolari / implantologia / avulsione / ortodonzia / protesi mobili dentarie
 copia fatture e/o ricevute fiscali
 copia radiografie e referiti radiografici (in caso di implantologia)
 diario clinico
Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
 copia fatture e/o ricevute fiscali
 copia prescrizione medica con quesito diagnostico
 copia radiografia pre e post prestazione e relativi referiti
 diario clinico

Cure odontoiatriche conservative
 copia fatture e/o ricevute fiscali
 diario clinico
Prestazioni diagnostiche particolari
 copia fatture e/o ricevute fiscali
Protesi ortopediche e acustiche
 copia prescrizioni mediche
 copia fatture e/o ricevute fiscali
Lenti
 copia fatture e/o ricevute fiscali
 copia attestazione variazione visus rilasciata da optometrista / oculista
Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o gravi patologie
 copia fatture e/o ricevute fiscali
 copia documentazione medica
 copia documentazione INAIL
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche (Monitor Salute)
 copia fatture e/o ricevute fiscali
 copia documentazione come indicato in Guida
Ticket per ecografie in gravidanza
 copia fatture e/o ricevute fiscali
SEZIONE COVID-19
 Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19
 copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)
Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19
 copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)

Se si tratta di documenti integrativi riferiti ad un sinistro già in essere, ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono:

N° SINISTRO _____

Questo ci permetterà di accelerare la valutazione ed il rimborso.

Si allega la copia delle seguenti fatture:

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, 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 di spesa.

Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____

(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile).

RICHIESTA DI NUOVA PRESTAZIONE IN RETE

INDICARE LA PRESTAZIONE RICHIESTA - SCRIVERE QUANTO RIPORTATO NELLA PRESCRIZIONE DEL MEDICO:

ORTODONZIA

Se si è già preso l'appuntamento (N.B.: L'APPUNTAMENTO È VALIDO PER SANEDIL SOLO SE PRIMA CONFERMATO DA UNISALUTE):

Nome e indirizzo della struttura convenzionata con Unisalute:

CENTRI DENTISTICI DENTALFON C.C. BORGOGNO - VIA DELL'INDUSTRIA 31, 41012 CARPI (MO)

DATA: ____ / ____ / ____ ORARIO: _____

Documentazione richiesta per prestazioni in rete: Copia della prescrizione del medico curante e di altra eventuale documentazione indicata in Guida; Copia dell'attestazione dello stato di servizio, rilasciata dal prorio datore di lavoro (sempre necessaria).

Si tratta di prenotazione di pacchetto prevenzione/prestazione odontoiatrica, non è richiesta copia della prescrizione del medico curante.

In caso di Visite Specialistiche indicare l'eventuale nome del medico: _____

Data ____ / ____ / ____

Firma* _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile e non deve essere autenticata

* Firma dell'Iscritto o, se minorenne, del genitore con proprio nome e cognome

Informativa resa agli utilizzatori del Fondo SANEDIL per il trattamento dati personali.

Ai sensi degli art. 13 e 14 del Regolamento UE N.2016/679 (Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali - GDPR) ed in relazione ai dati personali che si intendono trattare, informiamo l'interessato di quanto segue:

Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento.

Di seguito Le indichiamo quali sono i nostri riferimenti ai quali potrà rivolgersi per ogni chiarimento.

- Il Titolare del trattamento è: Sanedil (Via Giuseppe Antonio Guattani, 9 - 00161, Roma)
- Il "Responsabile per la protezione dei dati" può essere contattato tramite mail all'indirizzo: privacy@fondosanedil.it.

Finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e relativa base giuridica.

Di seguito Le indichiamo perché Le chiediamo i dati personali.

I dati forniti vengono raccolti allo scopo di provvedere agli adempimenti previsti per gli utilizzatori del fondo sanitario integrativo per l'edilizia (Art. 6, lettere b, del GDPR).

I dati forniti saranno trattati, inoltre, per il legittimo interesse di SANEDIL, per lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di servizio offerto, collocazione geografica ed altri al fine di migliorare il servizio offerto e per l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria (Art.6, lettera f, del GDPR).

L'utilizzo dei dati per le finalità di cui sopra è obbligatorio. La mancanza dei dati e/o l'eventuale espresso rifiuto al trattamento comporterà l'impossibilità per il Titolare di svolgere gli adempimenti di cui sopra.

Categorie di dati personali trattati.

Di seguito Le indichiamo quali tipologie di dati personali trattiamo.

Nell'ambito delle finalità dei trattamenti evidenziati al precedente paragrafo, saranno trattati dati personali che rientrano nella categoria dei dati identificativi quali:

- dati anagrafici e di contatto (nome, cognome, data di nascita, Codice Fiscale, indirizzo, telefono, ecc.);
- dati lavorativi (azienda datrice di lavoro, tipo di contratto, durata del rapporto, retribuzione);
- coordinate bancarie.

Verranno, inoltre, trattati categorie particolari di dati personali (relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i servizi richiesti.

Categorie di destinatari dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo chi potrà trattare i dati personali e a chi potranno essere comunicati.

Per le finalità di cui sopra i dati personali da Lei forniti potranno essere resi accessibili:

- A dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di addetti autorizzati al trattamento dei dati.
- A terzi soggetti che svolgono attività per conto del Titolare, nella loro qualità di Titolari autonomi (UNISALUTE per le prestazioni e UNIPOLSAI per i rimborsi), o Responsabili del trattamento (OPENBOX per la gestione dei sistemi informativi e CASSE EDILI / EDILCASSE, per lo svolgimento di attività di interfaccia con gli iscritti).
- Ad Autorità giudiziarie o di vigilanza, amministrazioni, enti ed organismi pubblici.

Principi generali.

Di seguito Le indichiamo gli aspetti generali che caratterizzano il trattamento dei dati personali.

I dati saranno trattati in modo lecito, corretto e trasparente nei confronti dell'interessato, raccolti per le finalità sopra indicate, limitati e conservati quanto necessario con adeguate misure di sicurezza.

I dati saranno trattati unicamente nei paesi UE o in quelli per i quali vige una decisione di adeguatezza.

I dati personali non saranno oggetto di comunicazione o diffusione al di fuori delle categorie di destinatari indicati nel punto precedente.

Non è previsto che i dati vengano trattati per processi decisionali automatizzati.

Periodo di conservazione dei dati personali.

Di seguito Le indichiamo per quanto tempo conserveremo i dati personali.

I dati personali raccolti per le finalità indicate al relativo paragrafo precedente saranno trattati e conservati al massimo per 10 anni dall'ultima registrazione. Tempi più lunghi saranno possibili in caso di contenziosi fino all'esaurimento degli stessi.

D diritti esercitabili.

Di seguito Le indichiamo tutti i diritti che Le garantiamo sui dati personali.

In conformità a quanto previsto nel Capo III, Sezione I, GDPR, Lei ha il diritto di:

- Chiedere l'accesso, la rettifica, la cancellazione, la limitazione, l'opposizione al trattamento dei propri dati.
- Revocare il consenso, là ove fondi il trattamento in qualsiasi momento lo desideri senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.
- Proporre reclamo a un'autorità di controllo.

Lei potrà esercitare tali diritti (escluso l'ultimo) mediante il semplice invio di una richiesta via e-mail all'indirizzo del Titolare, sopra indicato.

Informativa al Cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti

Gentile Cliente,

ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”) e degli artt. 15 e 16 del Reg. Ivass n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti, UniSalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati¹⁾.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti²⁾ ci fornite; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali³⁾ (in particolare, relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁴⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁵⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderà di registrarsi all’"Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, utilizzeremo questi dati anche per identificArLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza ed inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a Lei ed ai Suoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l’"Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal Suo smartphone, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche push, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

I dati relativi alla Sua salute (come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell’"Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello smartphone per l'App) sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi⁶⁾. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo o del Suo eventuale familiare/convivente interessato⁷⁾⁸⁾.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁹⁾. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano¹⁰⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa¹¹⁾. I fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati, anche appartenenti a categorie particolari relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare assicurato" ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della Sua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all’"Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, e gestire così in autonomia la propria posizione.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto¹²⁾. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenerne la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì diritto a richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento; a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Sui diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (7).

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- 1) In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.
- 2) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 3) Rientrano nelle categorie particolari di dati personali non solo quelli relativi alla salute, ma anche i dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona e i dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazioni e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
- 5) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposti di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazioni di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 6) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; intermediari d'assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione, liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 8) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la licitudine del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).
- 9) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

Clinica: Carpi
Dir. San.: MARINO DANIELE
Ragione Sociale: DP DENT SRL
P.IVA: 12580770969
C.F.: 07511290962
Sede Legale: DP DENT SRL VIA MONTECUCCOLI 32, 20147 MILANO (MI)
Sede Operativa: C.C. Borgogno - via dell'Industria 31, 41012 CARPI (MO)
Telefono: 0598394250
Società soggetta ad attività
di controllo e coordinamento
da parte di DINHO INVEST S.a.r.l.

CENTRI DENTISTICI



Num. Preventivo: 26006

Eseguito da D. MARINO DANIELE

Eseguito da D. MARINO DANIELE

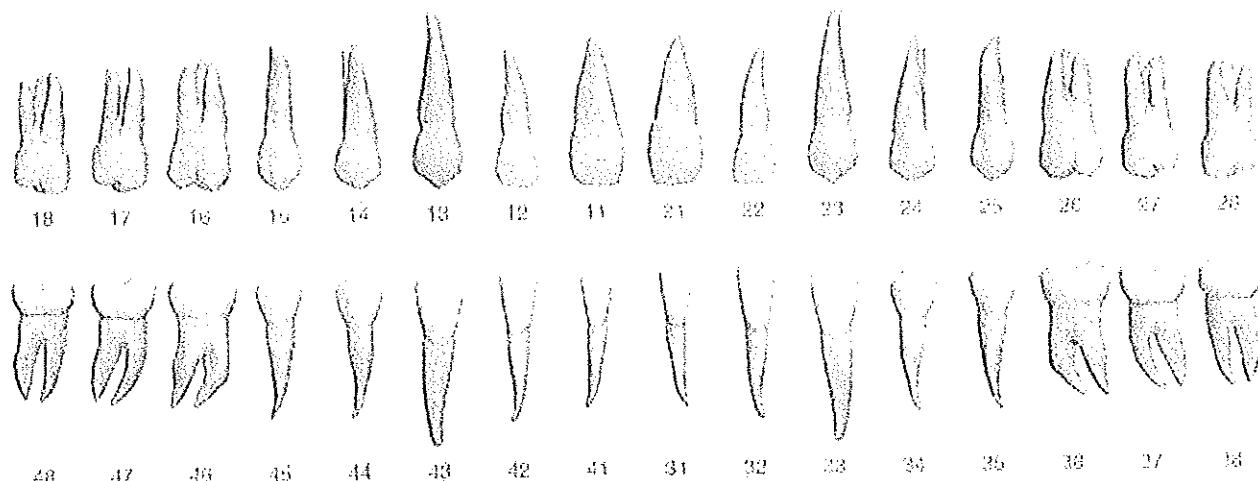
Foto: G. C. L.

D. MARINO DANIELE

PREVENTIVO TERAPIE ODONTOIATRICHE

Paziente: PINTO NINO

MILANO, li 17/06/2023

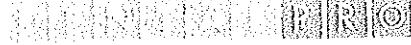


Cura	Denti	Quantità	Prezzo	Importo
Analisi e Indagine Clinica - OPT		1	0,00	0,00
Check Up		1	0,00	0,00
Corona Provvatoria	31,32,41,42	4	100,00	400,00
Corona zirconia	31,32,41,42	4	646,00	2584,00
			Totale Listino	2984,00
			Sconto Applicato	0,00
			Totale Preventivo	2984,00

Piano di Pagamenti

Clinica: Carpi
Dir. San.: MARINO DANIELE
Ragione Sociale: DP DENT SRL
P.IVA: 12580770969
C.F.: 07511290962
Sede Legale: DP DENT SRL VIA MONTECUCCOLI 32, 20147 MILANO (MI)
Sede Operativa: C.C. Borgoglio - via dell'Industria 31, 41012 CARPI (MO)
Telefono: 0598394250
*Società soggetta ad attività
di controllo e coordinamento
da parte di DINHO INVEST S.a.r.l.*

CENTRI DENTISTICI



Scadenza	Importo
17/06/2023	2984,00

CONDIZIONI GENERALI DEL PREVENTIVO

Con la presente, io sottoscritto/a PINTO NINO, nato a TORRE DEL GRECO , residente in @PazienteResidenza@ , riconosco e dichiaro di aver richiesto, ricevuto e approvato un preventivo per il trattamento odontoiatrico di mia necessità e, nell'occasione, di essere stato debitamente informato in ordine a:

- il piano di cure odontoiatriche e il relativo preventivo del costo;
- le finalità del trattamento cui verrò sottoposto/a, le eventuali alternative terapeutiche percorribili nel mio caso, i rischi impliciti nel trattamento, le principali caratteristiche funzionali ed estetiche dei manufatti che mi verranno applicati;
- i rischi e le possibili complicazioni che il trattamento odontoiatrico comporta (disagio fisico, dolore, complicanze in sede di intervento, immediate o successive. Tutto descritto precisamente nei relativi documenti di "consenso informato" disponibili per la consultazione presso la reception del centro);
- il fatto che delle scorrette manovre di igiene orale ed un utilizzo improprio di protesi da parte mia potrebbero compromettere il risultato del trattamento odontoiatrico;
- il fatto che la volontaria interruzione del trattamento e/o la mancata presenza alle visite di richiamo periodiche potrebbe compromettere il raggiungimento o il mantenimento della finalità terapeutica perseguita dal trattamento odontoiatrico;
- il fatto che la volontaria interruzione del trattamento e/o la mancata presenza alle visite di richiamo periodiche e/o scorrette manovre di igiene orale ed un utilizzo improprio di protesi da parte mia sono motivo di decadenza delle garanzie rilasciate dalla clinica e meglio specificate nella "Modalità di pagamento" e di certificazione di garanzia che mi verrà impegnarmi, in caso di modifica del piano terapeutico durante il ciclo di cure; e previa accettazione da parte mia delle modifiche stesse, a corrispondere gli eventuali aumenti del prezzo, dovuti per le modifiche e/o le aggiunte di nuove procedure terapeutiche, necessarie ai fini del trattamento odontoiatrico in corso;
- Per effetto di quanto precede dichiaro pertanto
- 1. di impegnarmi, su raccomandazione della struttura odontoiatrica, ad attenermi scrupolosamente alle norme di comportamento da seguire in coincidenza di cure odontoiatriche o di interventi chirurgici nel cavo orale (ad es. evitare di fumare, o bere bevande alcoliche, o bere bevande troppo calde dopo delle estrazioni o in concomitanza con delle patologie dell'apparato cardiocircolatorio, ecc. ecc.);
- 2. di acconsentire ad essere sottoposto a tutte le procedure fotografiche, filmate o radiologiche, indispensabili per una corretta valutazione del quadro clinico;
- 3. di impegnarmi a sottopormi all'esecuzione di tutte le fasi del trattamento odontoiatrico prospettato, così come concordato all'atto di accettazione del preventivo, nonché di acconsentire, ove fosse strettamente necessario ai fini del raggiungimento dello scopo terapeutico a cui è preposto il trattamento stesso e previa adeguata informativa da parte del medico, alla modifica del piano terapeutico durante il ciclo di cure;
- 4. di impegnarmi a corrispondere il prezzo del trattamento odontoiatrico indicato nel preventivo che ho chiesto, ricevuto e sottoscritto secondo le modalità indicate nelle "Modalità di pagamento" e di Sig./Sig.ra PINTO NINO ,

Data 17/06/2023

(per accettazione)
Sig./Sig.ra PINTO NINO ,

Clinica: Carpi
Dir. San.: MARINO DANIELE
Ragione Sociale: DP DENT SRL
P.IVA: 12580770969
C.F.: 07511290962
Sede Legale: DP DENT SRL VIA MONTECUCCOLI 32, 20147 MILANO (MI)
Sede Operativa: C.C. Borgogno - via dell'Industria 31, 41012 CARPI (MO)
Telefono: 0598394250
*Società soggetta ad attività
di controllo e coordinamento
da parte di DINHO INVEST S.a.r.l.*

CENTRI DENTISTICI



Dichiaro espressamente di aver attentamente esaminato, discusso ed approvato tutte le condizioni del presente documento e in particolare quanto riportato nei punti 1, 2, 3, 4, 5, 6.

Data 17/06/2023

(per accettazione)
Sig./Sig.ra PINTO NINO ,



Scade il 11/12/2023

AT 4692804



I.P.Z.S. S.p.A. OFFICINA C.V. - ROMA

REPUBBLICA ITALIANA



COMUNE DI

NOVI DI MODENA (MO)

CARTA D'IDENTITÀ

N° AT 4692804

DI

PINTO

NINO

Cognome PINTO
Nome NINO
nato il 11-12-1964
(atto n. 1880 S. A)
a TORRE DEL GRECO
Cittadinanza ITALIANA
Residenza NOVI DI MODENA (MO)
Via VIA VESPUCCI AMERIGO N. 9
Stato civile CONIUGATO
Professione _____
CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI
Statura mt. 1,72
Capelli castani
Occhi castani
Segni particolari _____



Firma del titolare

Novi di Modena 05/07/2013

Impronta del dito
indice sinistro

IL SINDACO
D'Ordine del Sindaco

Eugenio Apparuti