

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) **RENATO FATIA**
e C.F. **FTARNI30L18Z100E** dell'Iscritto Sanedil* (in stampatello)

- **CONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER FINALITÀ ASSOCIATIVE 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 **25/05/23**

Firma dell'Iscritto **RFC**

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

- **CONSENTO 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 **25/05/23**

Firma dell'Iscritto **RFC**

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

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

Cognome	Nome RENATO		
Nato/a	il 18-07-90	Codice Fiscale	FTARNI30L18Z100E
Residente in via	ALBAIA	N° 5	CAP
Domicilio (se diverso da residenza)			Località/Comune FIRENZE
Non obbligatorio N° Tel. fisso	OBBLIGATORIO Tel cellulare	3492147427	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 **MARTA TORZI** nato/a a **FIRENZE**
(Prov. __), il **26/09/1962**, 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 **25/05/23**

Firma **RFC**

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

OBBLIGATORIO – Notifica delle coordinate bancarie:

c/c intestato a:	FATIA RENATO	Banca/Posta
Codice IBAN	IT60X3608105138289787089793	

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 **25/05/23**

Firma* **RFC**

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	<input type="checkbox"/>	Cure odontoiatriche conservative	<input checked="" type="checkbox"/>
copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche		copia fatture e/o ricevute fiscali	<input checked="" type="checkbox"/>
copia fatture e/o ricevute fiscali		dario clinico	<input checked="" type="checkbox"/>
Prestazioni pre e post ricovero	<input type="checkbox"/>	Prestazioni diagnostiche particolari	<input type="checkbox"/>
copia prescrizioni mediche		copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
copia fatture e/o ricevute fiscali		Protesi ortopediche e acustiche	<input type="checkbox"/>
Ricovero in Istituto di cura per grande intervento chirurgico: richiesta indemnità sostitutiva	<input type="checkbox"/>	copia prescrizioni mediche	<input type="checkbox"/>
copia cartella clinica completa		copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
Prestazioni di alta specializzazione e visite specialistiche	<input type="checkbox"/>	Lenti	<input type="checkbox"/>
copia fatture e/o ricevute fiscali		copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata		copia attestazione variazione visus rilasciata da optometrista / oculista	<input type="checkbox"/>
Ticket per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/>	Grave inabilità determinata da invalidità permanente da infortunio sul lavoro o gravi patologie	<input type="checkbox"/>
copia fatture e/o ricevute fiscali		copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata (non necessaria in caso di Pronto Soccorso)		copia documentazione medica	<input type="checkbox"/>
Trattamenti fisioterapici riabilitativi	<input type="checkbox"/>	Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche (Monitor Salute)	<input type="checkbox"/>
copia fatture e/o ricevute fiscali		copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
copia prescrizioni mediche con indicazione patologia		copia documentazione come indicato in Guida	<input type="checkbox"/>
copia certificato Pronto Soccorso (in caso di infortunio)		Ticket per ecografie in gravidanza	<input type="checkbox"/>
Prestazioni odontoiatriche particolari / implantologia / avulsione / ortodonzia / protesi mobili dentarie	<input type="checkbox"/>	copia fatture e/o ricevute fiscali	<input type="checkbox"/>
copia fatture e/o ricevute fiscali		SEZIONE COVID-19	<input type="checkbox"/>
copia radiografie e referti radiografici (in caso di implantologia)		Indennità giornaliera per ricovero in caso di positività COVID-19	<input type="checkbox"/>
dario clinico		copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)	<input type="checkbox"/>
Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero	<input type="checkbox"/>	Diaria post ricovero a seguito di terapia intensiva per COVID-19	<input type="checkbox"/>
copia fatture e/o ricevute fiscali		copia cartella clinica completa (con evidenza della positività al Covid-19)	<input type="checkbox"/>
copia prescrizione medica con quesito diagnostico			
copia radiografia pre e post prestazione e relativi referti			
dario clinico			

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.

NUMERO	DATA	IMPORTO
0016547	22/11/22	60,00
0007455	11/05/23	220,00

Si allega la copia delle seguenti fatture:

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:

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: _____

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 proprio 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 25/05/23

Firma* BB

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.

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 indicati⁽¹⁾.

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 soggetti⁽²⁾ ci fornisce; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali⁽³⁾ (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 esecuzione⁽⁴⁾; 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 vigilanza⁽⁵⁾. 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 zorno 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 normativi⁽⁶⁾. 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 interessato⁽¹⁾⁽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 contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁶⁾. 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 riguardano⁽⁷⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁸⁾. Ai 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 conto⁽⁹⁾. 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 ottenere 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 Suoi 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 riassicurazione 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) disposizioni 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 segnalazione 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 di 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 e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; 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 licitità 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.

RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PER DIPENDENTI DI IMPRESE EDILI E FAMILIARI - DIARIO CLINICO -

Gentile Cliente,

per erogare il rimborso della prestazione di odontoiatria, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la modulistica allegata.

Nello specifico:

Il DIARIO CLINICO dovrà riportare le prestazioni effettuate relative alle fatture presentate a rimborso.

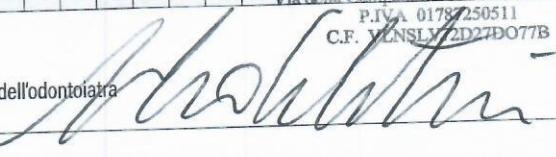
Le prestazioni odontoiatriche oggetto del rimborso sono **esclusivamente** quelle previste dal Piano Sanitario, pertanto quanto riportato nel diario clinico fa fede solo ai fini istruttori e liquidativi.

Si prega di barrare con una X gli elementi o le sedi interessate e riportare l'importo complessivo per tipo di prestazione e le date di esecuzione.

La documentazione compilata andrà trasmessa alla propria Cassa Edile/EdilCassa di riferimento, unitamente alle fatture e alle radiografie, se previste dalla prestazione, pre e post impianto/intervento (in formato digitale originale esportato dal programma di visualizzazione utilizzato dall'odontoiatra o, nel caso di lastra analogica, la fotografia della radiografia su diafanoscopio in PDF o Jpeg).

DATI DEL PAZIENTE			
Cognome e Nome	FATIA	RONATO	
Nato a	ALIBANIA	il 18-07-1990	
Codice Fiscale	FTARNT80L18Z100E		
Residente a	FIRENZE	Prov. FI	CAP
Via/Piazza	ALFRONTO CAPPUCCINI	N°	N° Tel. 349 2147422

DATI DEL DENTISTA			
Cognome e Nome	VALENTINI	SICILIO	
Nato a	CORTONA	il 27/04/1972	
Codice Fiscale	VLNSLUZ292200Z7B		
Residente a	CORTONA	Prov. AR	CAP 52044
Via/Piazza	REGINA ECENA	N° 78	N° Tel. 3288722083

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCKETTA I SETTORI INTERESSATI)																IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70CC01	INTARSIO (INLAY, ONLAY, OVERLAY) OPPURE FACCETTA IN COMPOSITO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC02	RICOSTRUZIONE DEL DENTE POST TRATTAMENTO ENDODONTICO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC03	I CLASSE DI BLACK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC04	II CLASSE DI BLACK	18	17	X	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	109,00	11/5/2023
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC05	III CLASSE DI BLACK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC06	IV CLASSE DI BLACK	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC07	V CLASSE DI BLACK	18	17	16	X	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	69,00	22/12/2022
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE01	TRATTAMENTO ENDODONTICO MONOCANALARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE02	TRATTAMENTO ENDODONTICO BICANALARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE03	TRATTAMENTO ENDODONTICO PLURICANALARE (3 O PIÙ CANALI)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE05	RITRATTAMENTO ENDODONTICO MONOCANALARE	18	17	X	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	120,00	28/3/2023
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE06	RITRATTAMENTO ENDODONTICO BICANALARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE07	RITRATTAMENTO ENDODONTICO PLURICANALARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH02	APICECTOMIA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH03	ESTRAZIONE DENTALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH04	ESTRAZIONE DI ELEMENTO IN INCLUSIONE PARZIALE O TOTALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH05	RIZECTOMIA O RIZOTOMIA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH07	INTERVENTO DI CHIRURGIA ORTODONTICA PER ESPOSIZIONE DI ELEMENTO INCLUSO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Dott. Silvio Valentini ODONTOIATRA Via della Campana 9 - 52044 Cortona (Ar) P.IVA 0178250511 C.F. VENSILY2D27D077B	
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

Data 11/5/2023

Firma e timbro dell'odontoiatra

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)																IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70IM01	POSIZIONAMENTO DI FIXTURE IMPLANTARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PA03N	BLOCCAGGIO INTERDENTALE (SPLINTAGGIO)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PA05N	CHIRURGIA MUCOGENGIVALE E/O INTERVENTO DI CHIRURGIA OSSEA RESETTIVA E/O ALLUNGAMENTO DI CORONA CLINICA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PA06N	UTILIZZO DI MATERIALI BIO-COMPATIBILI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF01	ELEMENTO A GIACCA IN RESINA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF02	ELEMENTO DI MARYLAND	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF03	CORONA/FACCETTA IN CERAMICA, QUALSIASI TIPO DI MATERIALE DI SUBSTRATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF04	ELEMENTO PROVVISORIO IN RESINA O PROVVISORIO ARMATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF05	PERNO MONCONE ENDOCANALE O ABUTMENT IMPLANTARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF07	RIMOZIONE CORONE O PERNI PREESISTENTI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF08	RIPARAZIONE FACETTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PI04	SIGILLATURA DEI SOLCHI	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PRO2	ATTACCHI DI PRECISIONE, QUALSIASI TIPO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PR03	PERNO CON ATTACCO PER OVERDENTURE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70RA02	RADIOGRAFIA ENDORALE, ANALOGICA O DIGITALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)		IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70CH08	CHIRURGIA PREPROTESICA	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70CH11	AUMENTO VERTICALE E/O ORIZZONTALE DEL PROCESSO ALVEOLARE CON INNESTO AUTOLOGO E/O ETEROLOGO, O GRANDE RIALZO DI SENO MASCELLARE CON INNESTO AUTOLOGO E/O ETEROLOGO O APERTURA DEL SENO MASCELLARE (ES. PER RIMOZIONE DI CORPO ESTRANEO)	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PA02N	INTERVENTO DI CHIRURGIA GENGIVALE CON SCALING E ROOT PLANING A CIELO APERTO	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PA04	INTERVENTO PER GENGIVECTOMIA / GENGIVOPLASTICA	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PI03	TERAPIA CAUSALE PARODONTALE NON CHIRURGICA COMPRENSIVA DI SCALING-ROOT PLANNING E/O APPLICAZIONE DI LASER E/O OZONO	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (BARRARE CON UNA CROCETTA I SETTORI INTERESSATI)	IMPORTO	ELENCARE LE DATE DI ESECUZIONE DI CIASCUNA PRESTAZIONE
70PF09	RIABILITAZIONE TOTALE FISSA AVVITATA SU IMPIANTI (ES.: TORONTO O COLUMBUS BRIDGE, ALL ON 4, ALL ON 6, ECC.)	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR04	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE DEFINITIVA	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR05	PROTESI PARZIALE RIMOVIBILE PROVVISORIA	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR06	PROTESI RIMOVIBILE TOTALE DEFINITIVA	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR07	PROTESI RIMOVIBILE TOTALE PROVVISORIA	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		
70PR08	RIBASAMENTO DI PROTESI REMOVIBILE - SISTEMA DIRETTO O INDIRETTO	Arcata superiore		
		Arcata inferiore		

Data

Firma e timbro dell'odontoiatra

COD.	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	IMPORTO	ELENcare le date di esecuzione di ciascuna prestazione
70CH01	SEDAZIONE COSCIENTE (ANALGESIA SEDATIVA)		
70CH06	INTERVENTO DI BIOPSIA		
70CH09	ALTRI INTERVENTI DI CHIRURGIA ORALE NON PRECEDENTEMENTE ELENCATI		
70GN02	MOLAGGIO SELETTIVO		
70GN03	BITE, QUALSIASI TIPOLOGIA		
70OR01	VISITA SPECIALISTICA ORTODONTICA O TRATTAMENTO DELLE URGENZE ORTODONTICHE		
70OR02N	TERAPIA ORTODONTICA FISSA O INVISIBILE		
70OR06	TERAPIA ORTODONTICA INTERCETTIVA, FUNZIONALE O ORTOPEDICA		
70OR08	MANTENITORE DI SPAZIO		
70PA01	INCISIONE DI ASCESO		
70PI01	DETARTRASI		
70PI02	FLUOROPROFILASSI TOPICA		
70PR09	RIPARAZIONE DI PROTESI RIMOVIBILE		
70RA01	ORTOPANTOMOGRAFIA DELLE ARCADE DENTARIE, ANALOGICA O DIGITALE		
70RA03	TELERADIOGRAFIA, ANALOGICA O DIGITALE		
70RA04	TAC DENTALSCAN		
70VI01	VISITA DI CONTROLLO ODONTOIATRICA O TRATTAMENTO DELLE URGENZE ODONTOIATRICHE		



SERVIZI
DELL'ARCICONFRERNITA
DELLA MISERICORDIA
di San Casciano in Val di Pesa

Tipo Documento FATTURA		Causale: PAG	Spett. Ie		
Data 22/12/2022	Numero 0016547	C	FATIA RENATO VIA SIDNEY SONNINO 29 50026 SAN CASCIANO IN VAL DI PE FI		
Codice Fiscale / Partita Iva FTARNT90T18Z1000					
	Pagina Pagina 1 di 1		Note		
Medico	VALENTINI SILVIO				
Specialità	ODONTOIATRIA				
Codice	Descrizione	Quantità	Importo	Totale	
	ODOTEF TERAPIA ODONTOIATRICA	1	60,00	60,00	
				Totale Prestazioni	60,00
Imponibile	Descrizione	Aliq.	IVA		
60,00	ESENTE ART. 10 DPR 633/72	ES10	0,00	Totale Imponibile	60,00
				Totale IVA	0,00
				Bollo	0,00
			C	Totale da pagare €	60,00

Servizi dell'Arciconfraternita della Misericordia di San Casciano in Val di Pesa s.r.l. - Impresa Sociale
Viale T. Corsini, 35/37 - 50026 San Casciano in Val di Pesa (Firenze) - Tel. 055 820235 - Fax 055 8294331 - ambulatori@misericordiasancasciano.it
Cod. Fiscale, P.IVA e Iscr. Reg. Imprese di Firenze 06301480486 - Cap. Sociale I.V. € 10.000,00 - R.E.A. di Firenze 617295 - posta certificata: ambulatori@legalmail.it



SERVIZI
DELL'ARCICONFRATERNITA
DELLA MISERICORDIA
di San Casciano in Val di Pesa

Tipo Documento FATTURA		Causale: PAG	Spett. Ie		
Data 11/05/2023	Numero 0007455 C	FATIA RENATO VIA SIDNEY SONNINO 29 50026 SAN CASCIANO IN VAL DI PE FI			
Codice Fiscale / Partita Iva FTARNT90T18Z1000					
	Pagina Pagina 1 di 1	Note			
Medico	VALENTINI SILVIO				
Specialità	ODONTOIATRIA				
Codice	Descrizione	Quantità	Importo		
	ODOTER TERAPIA ODONTOIATRICA	1	220,00		
NEW CARTABCCPOS ACQUISTO AMBULATORI DELLA MISERICORDIA AMBULATORI DELLA MISERICORDIA www.cartabcc.it					
Eserc. 7847323 A.I.T.C. 00000000023 Data 11/05/23 Ora 18:54 TML 86732747 STAN 013092 Mod. Online CTL ICC AUT. 636211 OPER. 013090 AUTH. RESP. CODE 00 PAN *****6279 SCAD **** A.ID A000000041010 APPL MASTERCARD ATC 0137 TCC 380 TT 00 TrCC 978 UN 496CECA TVR 0080048001 ARQC SCCF2953DB44D69 IAD 2D10A04052200000000 00000000000000FF CVM Pin Online COPIA ---- CLIENTE -- IMPORTO EUR 222,00					
TRANSAZIONE ESEGUITA ARRIVEDERCI E GRAZIE					
BOLLO ASSOLTO IN MODO VIRTUALE AUTORIZZAZIONE AGENZIA DELLE ENTRATE DIREZIONE PROVINCIALE DI FIRENZE UFFICIO TERRITORIALE DI FIRENZE N. 0086978 DEL 11/04/2017					
Imponibile	Descrizione	Aliq.	IVA	Total Prestazioni	220,00
220,00	ESENTE ART. 10 DPR 633/72	ES10	0,00	Total Imponibile	220,00
				Total IVA	0,00
				Bollo	2,00
		B		Total da pagare €	222,00

Servizi dell'Arciconfraternita della Misericordia di San Casciano in Val di Pesa s.r.l. - Impresa Sociale
 Viale T. Corsini, 35/37 - 50026 San Casciano in Val di Pesa (Firenze) - Tel. 055 820235 - Fax 055 8294331 - ambulatori@misericordiasancasciano.it
 Cod. Fiscale, P.IVA e Iscr. Reg. Imprese di Firenze 06301480486 - Cap. Sociale I.V. € 10.000,00 - R.E.A. di Firenze 617295 - posta certificata: ambulatori@legalmail.it

COGNOME E NOME DEI GENITORI O DI CHI NE FA LE VECI
SURNAME AND NAME OF PARENTS OR LEGAL GUARDIAN

CODICE FISCALE
FISCAL CODE
FTARNNTS0L1BZ100E

ESTREMI ATTO DI NASCITA

INDIRIZZO DI RESIDENZA / RESIDENCE
VIA ALFREDO CAPPELLINI, 5 FIRENZE (FI)



C<ITACA00731DD7<<<<<<<<<
9007183M2907181ALB<<<<<<<<4
FATIA<<RENATO<<<<<<<<<

