

## **KASKO SALUTE**

Da allegare al modulo CAI e inviare a UniSalute S.p.A. tramite fax al numero: 051-6386185

## AFFINCHÉ UNISALUTE S.P.A. 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 relativi alla salute per finalità assicurative (Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Sulla base dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ricevuta, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in specie, dati riguardanti il Suo stato di salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma ed eventualmente facendo apporre quella del conducente assicurato nello spazio sottostante. 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).

Qualora il conducente sia diverso dal titolare di polizza, il medesimo conducente, con il consenso espresso sottoscrivendo la sezione specifica riportata sotto, autorizza UniSalute S.p.A. anche a permettere al titolare di polizza di conoscere le prestazioni assicurative effettuate a suo favore, ove necessario per la gestione e l'erogazione delle prestazioni garantite.

Luogo e data	Nome e cognome titolare di polizza (in stampatello)
	e C.F.
	Targa veicolo
	Firma dell'interessato
Nome, cognome conducente (in stampatello)	
e C.F.	
Targa veicolo	
Firma dell'interessato	

