

Modulo per la raccolta del consenso e informativa privacy

Poiché Arca Assicurazioni S.p.A. ha delegato UniSalute S.p.A. alla trattazione ed al pagamento dei sinistri, affinché entrambe le Società possano trattare i dati dell'Assicurato, è necessario sottoscrivere il seguente modulo di consenso al trattamento dei dati personali.

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative

(Regolamento Europeo 679/2016 e normativa nazionale integrativa e vigente in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento e alla libera circolazione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa allegata, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso Arca Assicurazioni S.p.A. e UniSalute S.p.A. non potranno dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili per la gestione e liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi.

Nel caso di polizze sottoscritte per il nucleo familiare, con il presente consenso, ciascun Assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati Arca – a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Prodotto **orizzonte SALUTE Nuova Edizione**

Contratto n°

Data effetto

Assicurato Nome e cognome (in stampatello) C.F. Luogo e data _____ Firma _____
Assicurato Nome e cognome (in stampatello) C.F. Luogo e data _____ Firma _____
Assicurato Nome e cognome (in stampatello) C.F. Luogo e data _____ Firma _____
Assicurato Nome e cognome (in stampatello) C.F. Luogo e data _____ Firma _____
Assicurato Nome e cognome (in stampatello) C.F. Luogo e data _____ Firma _____

Ogni Assicurato dovrà apporre la propria firma. **Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti.**

Inviare a:

UniSalute S.p.A. via Larga n°8, 40138 Bologna o vi a fax al numero 051 63 86 298