

**UnipolSai Salute Spese Mediche**

**Desidero ricevere un preventivo riguardante la copertura assicurativa "rimborso spese mediche"**

- COGNOME ............................................ NOME ........................................... DATA DI NASCITA........................

C.F.: ....................................................... RESIDENZA ..........................................................................................

PROFESSIONE .......................................................... NR TEL./MAIL ...................................................................

**Desidero estendere la copertura assicurativa anche ai componenti del mio nucleo famigliare:**

- COGNOME ............................................NOME .................................DATA D INASCITA.................................

C.F.: ....................................................... RESIDENZA ..........................................................................................

PROFESSIONE .......................................................... NR TEL./MAIL ...................................................................

- COGNOME ............................................ NOME ........................................... DATA DI NASCITA........................

C.F.: ....................................................... RESIDENZA ..........................................................................................

PROFESSIONE .......................................................... NR TEL./MAIL ...................................................................

- COGNOME ............................................NOME ........................................... DATA DI NASCITA........................

C.F.: ....................................................... RESIDENZA ..........................................................................................

PROFESSIONE .......................................................... NR TEL./MAIL ...................................................................

COGNOME ............................................ NOME ........................................... DATA DI NASCITA........................

C.F.: ....................................................... RESIDENZA ..........................................................................................

PROFESSIONE .......................................................... NR TEL./MAIL ....................................................................

[]Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art.4 comma 1 lett. d), nonché art.26 del D.lgs.196/2003, vale a dire i dati *"idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale"*: presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.