

Informativa all'Interessato sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

UNS_Info_Dele_01 ed. 17.05.2023

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento europeo sulla protezione dei dati (di seguito, il “**Regolamento**”), La informiamo che per consentire l’esecuzione dell’incarico conferito e specificato nell’atto di delega allegata (di seguito, la “**Delega**”), UniSalute S.p.A. (di seguito, “**UniSalute**”) (www.unisalute.it), con sede in Via Larga 8 – 40138 Bologna (BO), titolare del trattamento, raccoglierà e utilizzerà alcuni dati personali.

Con la sottoscrizione del modulo di seguito riportato, il delegante si impegna a mettere a disposizione del soggetto delegato la presente informativa.

Per avere maggiori informazioni su come UniSalute tratterà i dati personali riferibili al soggetto delegante, La invitiamo a consultare l’informativa privacy estesa messa a Sua disposizione al momento della stipula del contratto o tramite il sito web www.unisalute.it.

Precisiamo che, con la sottoscrizione della presente Delega, il delegante acconsente alla comunicazione di propri dati rientranti in categorie particolari (in specie, relativi alla salute) al delegato.

UniSalute tratterà alcuni dati personali relativi al soggetto delegato (quali nome, cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale e documento di riconoscimento). I dati saranno utilizzati per finalità strettamente connesse all’esecuzione della Delega. La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione a un contratto stipulato con un terzo (in specie, il delegante).

I dati non saranno soggetti a diffusione, né verranno comunicati a terzi, e saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, dal solo personale autorizzato e preposto allo svolgimento delle attività inerenti ai servizi assistenziali richiesti e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, e che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto. I 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 assistenziale 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).

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica, qualora inesatti o incompleti, ovvero la loro cancellazione (se trattati illecitamente), oltre che di richiedere (in presenza dei relativi presupposti) la limitazione del trattamento o l’opposizione allo stesso. Le ricordiamo che può revocare in ogni momento il consenso da Lei eventualmente prestato; la revoca non pregiudica la liceità del trattamento effettuato sino a quel momento.

Per ogni ulteriore informazione riguardante il trattamento dei Suoi dati, nonché per l’esercizio dei Suoi diritti, può rivolgersi al “Responsabile per la protezione dei dati”, scrivendo al recapito privacy@unisalute.it.

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.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A (Assicurato/a)

Cognome		Nome	
Nato/a	il ____ / ____ / ____	Codice Fiscale	

con riferimento alla/e polizza/e

DELEGA

il/la Sig./Sig.ra

Cognome		Nome	
Nato/a	il ____ / ____ / ____	Codice Fiscale	

alla gestione delle prenotazioni delle prestazioni sanitarie e delle pratiche di rimborso delle spese mediche, con facoltà di contattare la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A., di fornire e di ricevere informazioni, ivi inclusi dati riguardanti la propria salute, inerenti ai propri sinistri e alle garanzie previste dalla/e polizza/e stipulata/e dal sottoscritto. Con la sottoscrizione della presente Delega, il sottoscritto acconsente quindi alla comunicazione da parte di UniSalute S.p.A. dei propri dati personali (relativi alla salute) al delegato.

Luogo e Data _____, ____ / ____ / _____

Firma _____

La firma deve essere apposta per esteso e leggibile

*** Allegare copia del documento d'identità del Delegante e del Delegato.**