

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DA COMPILARE PER OGNI ASSICURANDO Prodotto: 1058 1059 1261 1604 1605 1606 1201 ALTRI _____

Forma di garanzia _____

Cognome/Nome _____ Data di nascita _____ Professione _____

Residenza in via _____ Città _____ Codice Fiscale _____

A. È mai stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura ?

 SÌ NOB. È mai stato sottoposto ad intervento chirurgico
(anche ambulatoriale) ? SÌ NOC. Ha praticato negli ultimi cinque anni, o pratica attualmente, terapie
continuative o a cicli ripetuti (ad es. cure con farmaci, dialisi,
emotrasfusioni, fisioterapia, ecc.) ? SÌ NOD. Si è mai sottoposto negli ultimi cinque anni ad accertamenti diagnostici
(ad es. esami del sangue, radiografie, elettrocardiogramma, TAC,
ecografie, Esami endoscopici, PAP test, mammografia, ecc.) ? SÌ NOE. Fa uso di alcolici ? SÌ NO
Fa uso di tabacco ? SÌ NO

F. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti ?

 SÌ NO

G. Colesterolemia (oltre 35 anni)

 SÌ NO

H. Il suo peso è diminuito nell'ultimo anno ?

 SÌ NOI. È portatore di malformazioni e/o difetti fisici (ad es. deficit della vista
e/o dell'udito, esiti di poliomelite, malformazioni congenite, difetti
cardiaci, deviazioni del setto nasale, ernie, alluce valgo, ecc.) ? SÌ NOL. Ha mai subito lesioni traumatiche (ad es. fratture, lussazioni, distorsioni
gravi, traumi cranici, ecc.) ? SÌ NOM. Soffre attualmente di qualche malattia acuta cronica (ad es. bronchite,
ulcera, ipertensione arteriosa, malattie di cuore, di fegato, di reni
malattie ginecologiche, ipertrofia prostatica, emorroidi, vene varicose,
diabete, calcoli, artrosi o altre malattie reumatiche, tumori, ecc.) ? SÌ NO

N. Costituzione fisica:

altezza cm _____ peso kg _____ Pressione arteriosa abituale: min. _____ max _____ Sesso: M F

A. Quando ? _____ Perché ? _____

Quando ? _____ Perché ? _____

B. Quando ? _____ Perché ? _____

Quando ? _____ Perché ? _____

C. Quando ? _____ Quali ? _____

Perché ? _____

Quando ? _____ Quali ? _____

Perché ? _____

D. Quando ? _____ Quali ? _____

Perché ? _____

Con quale esito ? Normale _____

Patologico (descrivere il risultato o allegare il referto) _____

E. Precisare quanto: _____ Da quando ? _____

Precisare quanto: _____ Da quando ? _____

F. Quali ? _____ Quando l'ultima volta ? _____

G. Valore _____

H. Di quanto e per quale causa ? _____

I. Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

L. Quando ? _____ Quali ? _____

Con quali esiti ? _____

Quando ? _____ Quali ? _____

Con quali esiti ? _____

M. Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

Il sottoscritto è consapevole che il presente questionario forma parte integrante della polizza e che le notizie ed i dati sopra riportati costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte di UnipolSai Assicurazioni S.p.A.. Pertanto, omissioni o dichiarazioni inesatte possono pregiudicare l'indennizzabilità dell'evento denunciato, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitarlo o curarlo.

Agenzia _____

Compilato in mia presenza il _____

Firma dell'Agente _____

Firma dell'Assicurando _____

Sulla base dell'informativa ricevuta, di cui all'art. 13 del D.Lg n° 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La preghiamo di esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali sensibili per finalità preliminari alla stipula di un contratto assicurativo.

Firma al consenso al trattamento dei dati _____

La validità del presente questionario è di **trenta** giorni dalla data di sottoscrizione.

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di 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; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle 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⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni di informazione e promozione commerciale sui prodotti o servizi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle altre società del Gruppo Unipol.

– NOTE –

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni 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.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; 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'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
- 5) Gruppo Assicurativo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, 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; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) 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.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri, UniSalute S.p.A., con sede in Bologna, via Larga, 8.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DA COMPILARE PER OGNI ASSICURANDO Prodotto: 1058 1059 1261 1604 1605 1606 1201 ALTRI _____

Forma di garanzia _____

Cognome/Nome _____ Data di nascita _____ Professione _____

Residenza in via _____ Città _____ Codice Fiscale _____

A. È mai stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura ?

 SÌ NOB. È mai stato sottoposto ad intervento chirurgico
(anche ambulatoriale) ? SÌ NOC. Ha praticato negli ultimi cinque anni, o pratica attualmente, terapie
continuative o a cicli ripetuti (ad es. cure con farmaci, dialisi,
emotrasfusioni, fisioterapia, ecc.) ? SÌ NOD. Si è mai sottoposto negli ultimi cinque anni ad accertamenti diagnostici
(ad es. esami del sangue, radiografie, elettrocardiogramma, TAC,
ecografie, Esami endoscopici, PAP test, mammografia, ecc.) ? SÌ NOE. Fa uso di alcolici ? SÌ NO
Fa uso di tabacco ? SÌ NO

F. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti ?

 SÌ NO

G. Colesterolemia (oltre 35 anni)

 SÌ NO

H. Il suo peso è diminuito nell'ultimo anno ?

 SÌ NOI. È portatore di malformazioni e/o difetti fisici (ad es. deficit della vista
e/o dell'udito, esiti di poliomelite, malformazioni congenite, difetti
cardiaci, deviazioni del setto nasale, ernie, alluce valgo, ecc.) ? SÌ NOL. Ha mai subito lesioni traumatiche (ad es. fratture, lussazioni, distorsioni
gravi, traumi cranici, ecc.) ? SÌ NOM. Soffre attualmente di qualche malattia acuta cronica (ad es. bronchite,
ulcera, ipertensione arteriosa, malattie di cuore, di fegato, di reni
malattie ginecologiche, ipertrofia prostatica, emorroidi, vene varicose,
diabete, calcoli, artrosi o altre malattie reumatiche, tumori, ecc.) ? SÌ NO

N. Costituzione fisica:

altezza cm _____ peso kg _____ Pressione arteriosa abituale: min. _____ max _____ Sesso: M F

A. Quando ? _____ Perché ? _____

Quando ? _____ Perché ? _____

B. Quando ? _____ Perché ? _____

Quando ? _____ Perché ? _____

C. Quando ? _____ Quali ? _____

Perché ? _____

Quando ? _____ Quali ? _____

Perché ? _____

D. Quando ? _____ Quali ? _____

Perché ? _____

Con quale esito ? Normale _____

Patologico (descrivere il risultato o allegare il referto) _____

E. Precisare quanto: _____ Da quando ? _____

Precisare quanto: _____ Da quando ? _____

F. Quali ? _____ Quando l'ultima volta ? _____

G. Valore _____

H. Di quanto e per quale causa ? _____

I. Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

L. Quando ? _____ Quali ? _____

Con quali esiti ? _____

Quando ? _____ Quali ? _____

Con quali esiti ? _____

M. Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

Il sottoscritto è consapevole che il presente questionario forma parte integrante della polizza e che le notizie ed i dati sopra riportati costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte di UnipolSai Assicurazioni S.p.A.. Pertanto, omissioni o dichiarazioni inesatte possono pregiudicare l'indennizzabilità dell'evento denunciato, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitarlo o curarlo.

Agenzia _____

Compilato in mia presenza il _____

Firma dell'Agente _____

Firma dell'Assicurando _____

Sulla base dell'informativa ricevuta, di cui all'art. 13 del D.Lg n° 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La preghiamo di esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali sensibili per finalità preliminari alla stipula di un contratto assicurativo.

Firma al consenso al trattamento dei dati _____

La validità del presente questionario è di trenta giorni dalla data di sottoscrizione.

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di 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; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle 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⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni di informazione e promozione commerciale sui prodotti o servizi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle altre società del Gruppo Unipol.

– NOTE –

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni 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.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; 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'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
- 5) Gruppo Assicurativo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, 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; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) 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.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri, UniSalute S.p.A., con sede in Bologna, via Larga, 8.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DA COMPILARE PER OGNI ASSICURANDO Prodotto: **1058 1059 1261 1604 1605 1606 1201 ALTRI** _____
Forma di garanzia _____
 Cognome/Nome _____ Data di nascita _____ Professione _____
 Residenza in via _____ Città _____ Codice Fiscale _____

- A.** È mai stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura ?
 SI NO
- B.** È mai stato sottoposto ad intervento chirurgico (anche ambulatoriale) ?
 SI NO
- C.** Ha praticato negli ultimi cinque anni, o pratica attualmente, terapie continuative o a cicli ripetuti (ad es. cure con farmaci, dialisi, emotrasfusioni, fisioterapia, ecc.) ?
 SI NO
- D.** Si è mai sottoposto negli ultimi cinque anni ad accertamenti diagnostici (ad es. esami del sangue, radiografie, elettrocardiogramma, TAC, ecografie, Esami endoscopici, PAP test, mammografia, ecc.) ?
 SI NO
- E.** Fa uso di alcolici ? SI NO
 Fa uso di tabacco ? SI NO
- F.** Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti ?
 SI NO
- G.** Colesterolemia (oltre 35 anni)
 SI NO
- H.** Il suo peso è diminuito nell'ultimo anno ?
 SI NO
- I.** È portatore di malformazioni e/o difetti fisici (ad es. deficit della vista e/o dell'udito, esiti di poliomelite, malformazioni congenite, difetti cardiaci, deviazioni del setto nasale, ernie, alluce valgo, ecc.) ?
 SI NO
- L.** Ha mai subito lesioni traumatiche (ad es. fratture, lussazioni, distorsioni gravi, traumi cranici, ecc.) ?
 SI NO
- M.** Soffre attualmente di qualche malattia acuta cronica (ad es. bronchite, ulcera, ipertensione arteriosa, malattie di cuore, di fegato, di reni, malattie ginecologiche, ipertrofia prostatica, emorroidi, vene varicose, diabete, calcoli, artrosi o altre malattie reumatiche, tumori, ecc.) ?
 SI NO

- A.** Quando ? _____ Perché ? _____

 Quando ? _____ Perché ? _____

- B.** Quando ? _____ Perché ? _____

 Quando ? _____ Perché ? _____

- C.** Quando ? _____ Quali ? _____
 Perché ? _____
 Quando ? _____ Quali ? _____
 Perché ? _____
- D.** Quando ? _____ Quali ? _____
 Perché ? _____
 Con quale esito ? Normale _____
 Patologico (descrivere il risultato o allegare il referto) _____
- E.** Precisare quanto: _____ Da quando ? _____
 Precisare quanto: _____ Da quando ? _____
- F.** Quali ? _____ Quando l'ultima volta ? _____
- G.** Valore _____
- H.** Di quanto e per quale causa ? _____
- I.** Da quando ? _____ Quali ? _____
 Da quando ? _____ Quali ? _____
 Da quando ? _____ Quali ? _____
 Da quando ? _____ Quali ? _____
- L.** Quando ? _____ Quali ? _____
 Con quali esiti ? _____
 Quando ? _____ Quali ? _____
 Con quali esiti ? _____
- M.** Da quando ? _____ Quali ? _____
 Da quando ? _____ Quali ? _____

N. Costituzione fisica:
 altezza cm _____ peso kg _____ Pressione arteriosa abituale: min. _____ max _____ Sesso: M F

Il sottoscritto è consapevole che il presente questionario forma parte integrante della polizza e che le notizie ed i dati sopra riportati costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte di UnipolSai Assicurazioni S.p.A.. Pertanto, omissioni o dichiarazioni inesatte possono pregiudicare l'indennizzabilità dell'evento denunciato, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitarlo o curarlo.

Agenzia _____ Compilato in mia presenza il _____
 Firma dell'Agente _____ Firma dell'Assicurando _____

Sulla base dell'informativa ricevuta, di cui all'art. 13 del D.Lg n° 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La preghiamo di esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali sensibili per finalità preliminari alla stipula di un contratto assicurativo.

Firma al consenso al trattamento dei dati _____
 La validità del presente questionario è di **trenta** giorni dalla data di sottoscrizione.

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di 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; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle 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⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni di informazione e promozione commerciale sui prodotti o servizi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle altre società del Gruppo Unipol.

– NOTE –

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni 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.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; 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'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
- 5) Gruppo Assicurativo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, 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; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) 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.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri, UniSalute S.p.A., con sede in Bologna, via Larga, 8.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DA COMPILARE PER OGNI ASSICURANDO Prodotto: 1058 1059 1261 1604 1605 1606 1201 ALTRI _____

Forma di garanzia _____

Cognome/Nome _____ Data di nascita _____ Professione _____

Residenza in via _____ Città _____ Codice Fiscale _____

A. È mai stato ricoverato in Ospedale o Casa di Cura ?

 SI NOB. È mai stato sottoposto ad intervento chirurgico
(anche ambulatoriale) ? SI NOC. Ha praticato negli ultimi cinque anni, o pratica attualmente, terapie
continuative o a cicli ripetuti (ad es. cure con farmaci, dialisi,
emotrasfusioni, fisioterapia, ecc.) ? SI NOD. Si è mai sottoposto negli ultimi cinque anni ad accertamenti diagnostici
(ad es. esami del sangue, radiografie, elettrocardiogramma, TAC,
ecografie, Esami endoscopici, PAP test, mammografia, ecc.) ? SI NOE. Fa uso di alcolici ? SI NO
Fa uso di tabacco ? SI NO

F. Ha mai fatto uso di sostanze stupefacenti ?

 SI NO

G. Colesterolemia (oltre 35 anni)

 SI NO

H. Il suo peso è diminuito nell'ultimo anno ?

 SI NOI. È portatore di malformazioni e/o difetti fisici (ad es. deficit della vista
e/o dell'udito, esiti di poliomelite, malformazioni congenite, difetti
cardiaci, deviazioni del setto nasale, ernie, alluce valgo, ecc.) ? SI NOL. Ha mai subito lesioni traumatiche (ad es. fratture, lussazioni, distorsioni
gravi, traumi cranici, ecc.) ? SI NOM. Soffre attualmente di qualche malattia acuta cronica (ad es. bronchite,
ulcera, ipertensione arteriosa, malattie di cuore, di fegato, di reni
malattie ginecologiche, ipertrofia prostatica, emorroidi, vene varicose,
diabete, calcoli, artrosi o altre malattie reumatiche, tumori, ecc.) ? SI NO

N. Costituzione fisica:

altezza cm _____ peso kg _____ Pressione arteriosa abituale: min. _____ max _____ Sesso: M F

A. Quando ? _____ Perché ? _____

Quando ? _____ Perché ? _____

B. Quando ? _____ Perché ? _____

Quando ? _____ Perché ? _____

C. Quando ? _____ Quali ? _____

Perché ? _____

Quando ? _____ Quali ? _____

Perché ? _____

D. Quando ? _____ Quali ? _____

Perché ? _____

Con quale esito ? Normale _____

Patologico (descrivere il risultato o allegare il referto) _____

E. Precisare quanto: _____ Da quando ? _____

Precisare quanto: _____ Da quando ? _____

F. Quali ? _____ Quando l'ultima volta ? _____

G. Valore _____

H. Di quanto e per quale causa ? _____

I. Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

L. Quando ? _____ Quali ? _____

Con quali esiti ? _____

Quando ? _____ Quali ? _____

Con quali esiti ? _____

M. Da quando ? _____ Quali ? _____

Da quando ? _____ Quali ? _____

Il sottoscritto è consapevole che il presente questionario forma parte integrante della polizza e che le notizie ed i dati sopra riportati costituiscono elemento fondamentale per la valutazione del rischio da parte di UnipolSai Assicurazioni S.p.A.. Pertanto, omissioni o dichiarazioni inesatte possono pregiudicare l'indennizzabilità dell'evento denunciato, ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile. Scioglie inoltre dal segreto professionale i medici che possono o potranno visitarlo o curarlo.

Agenzia _____

Compilato in mia presenza il _____

Firma dell'Agente _____

Firma dell'Assicurando _____

Sulla base dell'informativa ricevuta, di cui all'art. 13 del D.Lg n° 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), La preghiamo di esprimere il consenso al trattamento dei Suoi dati personali sensibili per finalità preliminari alla stipula di un contratto assicurativo.

Firma al consenso al trattamento dei dati _____

La validità del presente questionario è di **trenta** giorni dalla data di sottoscrizione.

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di 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; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle 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⁽⁷⁾.

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni di informazione e promozione commerciale sui prodotti o servizi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle altre società del Gruppo Unipol.

– NOTE –

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni 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.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; 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'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
- 5) Gruppo Assicurativo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, 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; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) 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.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri, UniSalute S.p.A., con sede in Bologna, via Larga, 8.