

**RICHIESTA DI**  
 **PREATTIVAZIONE**                       **PRENOTAZIONE**  
**DI RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO IN RETE CONVENZIONATA**

**GESTIONE PERIODO TRANSITORIO PIANO SANITARIO 2014-2015**  
**(Autorizzazione alla prestazione in forma diretta per Titolari e familiari inseriti in copertura)**

**Attenzione:** leggere l'informativa relativa al D. Lgs. 196/2003 sul retro ed apporre la firma per il consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

**IL PRESENTE MODULO, INTERAMENTE COMPILATO E SOTTOSCRITTO, VA INOLTTRATO:**

- **A MEZZO FAX AL NUMERO 0422 1744 524 oppure 0422 1744 526**
- **A MEZZO E-MAIL ALL'INDIRIZZO [assistenza.unica@previmedical.it](mailto:assistenza.unica@previmedical.it) indicando nell'oggetto: richiesta di prenotazione/preattivazione 2014**

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA	
Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita _____	Prov. _____ Data di nascita _____
Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Codice Fiscale _____
Tel _____	Cell _____ E-mail _____
<b>CATEGORIA:</b> PERSONALE IN SERVIZIO <input type="checkbox"/> PERSONALE IN ESODO ANTICIPATO <input type="checkbox"/> PERSONALE IN QUIESCENZA/FONDO SOCIALE <input type="checkbox"/>	
Il sottoscritto, preso atto degli eventuali costi a proprio carico, dichiara sotto la propria responsabilità di impegnarsi a sottoscrivere per l'anno 2015 la seguente polizza del Piano Sanitario 2014 – 2015 ed a non modificare la scelta ivi effettuata, fatta salva l'ipotesi di successiva adesione ad opzione di livello superiore ("upgrade")	
<b>BASE</b> (solo per il personale in quiescenza) <input type="checkbox"/> <b>BASE +</b> (solo per il personale in quiescenza) <input type="checkbox"/> <b>STANDARD</b> <input type="checkbox"/> <b>PLUS</b> <input type="checkbox"/> <b>EXTRA</b> <input type="checkbox"/>	
FIRMA DEL TITOLARE _____	
FIRMA DEL TITOLARE PER PRESA VISIONE DEL PROSPETTO PREZZI DELLA COPERTURA (per titolare in quiescenza) _____	

DATI ANAGRAFICI ASSISTITO (colui che deve fruire della prestazione sanitaria diretta, SE DIVERSO DAL TITOLARE)	
Cognome _____	Nome _____
Luogo di nascita _____	data di nascita _____ Codice Fiscale _____
PARENTELA CON IL TITOLARE _____	

<b><u>PRESTAZIONI DI RICOVERO:</u></b> RICOV. CON INTERV. <input type="checkbox"/> RICOV. SENZA INTERV. <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL CON INTERV. <input type="checkbox"/> DAY HOSPITAL SENZA INTERV. <input type="checkbox"/> INTERV. AMBULATORIALE <input type="checkbox"/> PARTO SPONTANEO <input type="checkbox"/> PARTO CESAREO <input type="checkbox"/> NOMINATIVO DEL CHIRURGO/MEDICO _____
<b>Attenzione:</b> perché il servizio di pagamento in forma convenzionata possa essere erogato, è necessario che sia la Struttura Sanitaria sia l'equipe medica e chirurgo abbiano aderito alla Convenzione ed accettato le relative condizioni economiche. In caso contrario, tutte le spese rimarranno a carico dell'assistito che procederà successivamente alla richiesta di rimborso in forma indiretta. Si ricorda che per le prestazioni di ricovero è <b>obbligatorio</b> inviare, <b>unitamente al presente modulo, il certificato medico indicante la diagnosi di malattia accertata o presunta e la prestazione richiesta, a mezzo fax o tramite e-mail, almeno 48 ore lavorative prima della data prevista per la prestazione.</b>
<b>STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA SCELTA</b> _____ <b>PROV.</b> _____ Per la <b>PREATTIVAZIONE:</b> Indicare la DATA e l'ORA in cui ha prenotato il Ricovero _____ Per la <b>RICHIESTA di PRENOTAZIONE:</b> Indicare PERIODO UTILE DAL _____ AL _____ GG. NON DISPONIBILI _____ NOTE: _____

### Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Con la sottoscrizione della presente, ai sensi del D.Lgs. n.196/2003, il Titolare del Piano di Assistenza e/o il familiare per cui si chiede il rimborso, in qualità di Interessato dal trattamento, autorizza Cassa Uni.C.A., in qualità di Titolare del Trattamento dei Dati, al trattamento dei dati personali e sensibili esclusivamente ai fini richiesti dall'Interessato nonché alle successive attività inerenti la richiesta di rimborso spese sanitarie stessa. In mancanza di autorizzazione dell'Interessato, le attività affidate non potranno essere espletate. In caso di autorizzazione, all'Interessato sono garantiti tutti i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.Lgs. n. 196/2003. Tutti i dati personali e sensibili sono pertanto conservati e trattati in ossequio alla normativa vigente (D.Lgs. 196/2003), attraverso strumenti informatici tali da garantire la sicurezza e la riservatezza delle informazioni. Cassa Uni.C.A. si può rivolgere a Società esterne per l'esercizio di alcune delle attività su indicate, trasferendo a queste i suddetti dati sempre in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge. L'elenco di tali Società è disponibile presso la sede di Cassa Uni.C.A., nonché sul sito internet [www.unica.previmedical.it](http://www.unica.previmedical.it) e la sua consultazione è libera e permessa in qualunque momento. Tali Società utilizzeranno i dati personali e sensibili in qualità di Responsabili del Trattamento garantendone la riservatezza ed un'adeguata conservazione. Gli Interessati possono accedere liberamente alle informazioni che li riguardano e possono chiedere di conoscere le fonti nonché la logica e le finalità per le quali si acconsente al loro trattamento; inoltre possono richiedere la cancellazione, la rettifica o l'integrazione dei dati ovvero di opporsi al trattamento degli stessi. Ulteriori informazioni potranno essere richieste al Titolare del Trattamento Cassa Uni.C.A., UniCredit Cassa di Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredit, con sede in Via Nizza 150, CAP 10126 - TORINO. Letta l'informativa relativa al trasferimento della documentazione elencata e alla comunicazione dei dati necessari alla richiesta di prestazioni sanitarie, se ne autorizza il trattamento esclusivamente ai fini su indicati.

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_

FIRMA PER CONSENSO \_\_\_\_\_