

**Unisalute S.p.A.**  
**Via A. da Formigine, 1**  
**40128 Bologna**

**MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO**  
**Convenzione ASSICASSA**

**Data** \_\_\_\_\_

**Cognome e Nome** \_\_\_\_\_  
(Socio ordinario)

**Persona che ha usufruito delle prestazioni** \_\_\_\_\_

**Domicilio** \_\_\_\_\_ **Telefono** \_\_\_\_\_

**Ricovero compreso Day Hospital e o Intervento Chirurgico Ambulatoriale:**

**Si allegano: cartella clinica completa e o prescrizioni mediche** **0**

**fatture / ricevute fiscali in originale relative a:**

**Spese sanitarie in genere (durante il ricovero)** **0**

**Spese sanitarie per intervento ambulatoriale** **0**

**Spese sanitarie pre - post ricovero** **0**

**Altre spese** **0**

**Visite Specialistiche/Analisi/Esami Diagnostici/Alta Specializzazione/ecc.:**

**Si allegano: prescrizioni mediche** **0**

**fatture / ricevute fiscali in originale** **0**

**Esistenza di altre coperture assicurative:** **SI 0 NO 0**

**Accredito presso:**

**Istituto Bancario** \_\_\_\_\_

**Ubicazione** \_\_\_\_\_ **Nr. C/C** \_\_\_\_\_

**CIN** \_\_\_\_\_ **CAB** \_\_\_\_\_ **ABI** \_\_\_\_\_

**Firma del socio ordinario**

\_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali per finalità assicurative**  
**(Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Sulla base dell'informativa ricevuta, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative, apponendo di seguito la Sua firma.

Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Data

Nome e Cognome del beneficiario  
delle prestazioni

\_\_\_\_\_

(firma leggibile)