



**PRESTAZIONE PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA**  
**CONVENZIONE CASSA DI ASSISTENZA DIRIGENTI COOPERATIVE DI CONSUMATORI PENSIONATI E SUPERSTITI**  
**Dichiarazione relativa alle condizioni di salute da sottoscrivere da parte del coniuge/del convivente**  
**“more uxorio” del dirigente al momento dell’attivazione della prestazione**  
**GARANZIA BASE**

**AFFINCHE' UNISALUTE S.p.A. (Compagnia di Assicurazione in convenzione con Cassa di assistenza dirigenti cooperative di consumatori) POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI E'NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATO DI SEGUITO**  
**Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assistenziali, assicurative e liquidative**  
**(Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali/ GDPR - Regolamento (UE) n. 2016/679)**

Sulla base dell’informativa allegata Lei/Voi può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi/Vostri dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assistenziali, assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso Unisalute S.p.A.(Compagnia di Assicurazione in convenzione con Cassa di assistenza dirigenti cooperative di consumatori) non darà esecuzione al contratto assicurativo e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Luogo e data \_\_\_\_\_

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
*del coniuge/convivente “more uxorio” dell’iscritto (in stampatello)*  
 (firma dell’interessato)

*Allegata informativa ai sensi dell’art. 13 del D. Lgs. 196/2003.*

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ dirigente/superstite iscritto alla Cassa

**Dati del coniuge/convivente “more uxorio” da inserire nella prestazione**

Il/la sottoscritto/a, Cognome Nome		Luogo e data di nascita	
Indirizzo			
C.A.P.	Località		Prov.
Telefono		Cellulare	E-mail
Codice Fiscale			Professione

Il/la sottoscritto/a dichiara di non trovarsi attualmente in alcuna delle condizioni sottoindicate:

1. Avere bisogno dell’aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti:spostarsi, lavarsi, vestirsi, nutrirsi.
2. Trovarsi nelle condizioni di poter usufruire di una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente corrispondente ad un livello di invalidità superiore al 40%.
3. Beneficiare di un anticipo di pensione per ragioni di salute .
4. Presentare dei postumi di malattie o di infortuni precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale.
5. Essere affetto dalle malattie di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche da ipertensione non controllata (non compensabile farmacologicamente).

La prestazione verrà attivata nel caso in cui il/la richiedente non presenti alcuna delle condizioni sopraindicate.

Esclusivamente per quanto riguarda la condizione prevista al punto 2. il richiedente potrà allegare la documentazione che ritiene opportuna per consentire a Unisalute di valutare l’idoneità all’estensione.

In questo caso l’attivazione resterà sospesa sino alla comunicazione di accettazione o non accettazione del rischio da parte di Unisalute.

Il/la sottoscritto/a certifica che quanto sopra indicato risponde a verità, consapevole che, qualora Unisalute riscontri elementi di difformità rispetto a quanto dichiarato, la copertura verrà considerata come non attivata.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
*(coniuge/convivente “more uxorio”)*

**Inviare a:**  
**Cassa Assistenza Dirigenti Cooperative di Consumatori – email [assistenza.dirigenti@ancc.coop.it](mailto:assistenza.dirigenti@ancc.coop.it)**