MODULO PER LA RILEVAZIONE DEI DATI NUCLEO FAMILIARE
CASSA DI ASSISTENZA DIRIGENTI COOPERATIVE DI CONSUMATORI

Da inviare urgentemente all'atto dell'ISCRIZIONE/ADESIONE o di eventuale VARIAZIONE nella composizione del nucleo alla: Cassa di Assistenza Dirigenti Cooperative di Consumatori– email assistenza.dirigenti@ancc.coop.it

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

(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 _____ *dell'iscritto (in stampatello)* (firma dell'interessato)
Nome e cognome _____ Del coniuge/convivente *(in stampatello)* (firma dell'interessato)	Nome e cognome _____ del familiare 1 *(in stampatello)* (firma dell'interessato)
Nome e cognome _____ Del familiare 2 *(in stampatello)* (firma dell'interessato)	Nome e cognome _____ del familiare 3 *(in stampatello)* (firma dell'interessato)

Allegata informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003/GDPR- Regolamento (UE) n. 2016/679

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali

(D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali / GDPR - Regolamento (UE) n. 2016/679)

Sulla base dell'Informativa allegatala presente modulo, nel casi in cui sia interessato alle opportunità illustrate al paragrafo "Trattamento dati comuni per finalità commerciali", Lei può liberamente decidere di rilasciare il relativo consenso, apponendo la Sua firma nell'apposito spazio sottostante. Il sottoscritto acconsente al trattamento dei Suoi dati personali da parte di Unisalute S.p.A., Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., delle Società facenti parte del Gruppo Unipol e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati per attività di analisi delle proprie esigenze e dei prodotti e servizi fruiti, attraverso elaborazioni elettroniche volte all'individuazione di preferenze ed abitudini da utilizzare a scopo commerciale e promozionale e per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche e indagini di mercato, vendita diretta e comunicazioni commerciali o promozionali, via posta, fax, e-mail, telefono, anche con sistemi automatizzati, messaggi telefonici preregistrati e SMS.

Nome e cognome _____ dell'iscritto *(in stampatello)* (firma dell'interessato)	Nome e cognome _____ Del coniuge/convivente "more uxorio" (firma dell'interessato)

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

COMUNICA

di seguito la composizione del proprio nucleo familiare inteso come coniuge o convivente "more uxorio" e figli fiscalmente o non fiscalmente a carico dell'iscritto e/o del convivente, di età non superiore a 26 anni riportati di seguito. A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità civile e penale, i dati anagrafici degli stessi.

Grado di parentela	Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale
Coniuge/ convivente "more uxorio"			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Figlio/a			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Figlio/a			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Figlio/a			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Figlio/a			|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Luogo e data_____ Firma dell'iscritto_____