



MODULO PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Firmare ed inviare il presente modulo via email a prestazioni@enteaster.it, via fax al numero 06.45.49.55.45 o via posta a ASTER - Via Nazionale 60, 00184, ROMA.

**AFFINCHÉ ASTER POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI INSIEME A UNISALUTE S.p.A.,
È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI
PERSONALI**

**Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assistenziali, assicurative e
liquidative (D.Lgs. n. 196/2003, come modificato dal D.Lgs. n. 101/2018)**

Sulla base dell'informativa allegata al presente modulo, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche di natura particolare, per finalità (i) assistenziali da parte di Aster, (ii) assicurative e liquidative da parte di Unisalute S.p.A., apponendo la firma nell'apposito spazio sottostante. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso Aster non potrà dare esecuzione al rapporto assistenziale e associativo e fornire le conseguenti prestazioni e Unisalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, rapporti che comportano necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e di natura particolare (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Acconsente, altresì, al trattamento da parte di Ente Aster dei propri dati personali comuni e di natura particolare anche quando le prestazioni sono richieste direttamente ad Unisalute.

Nome e cognome

e C.F. | | | | | | | | | | | | | | |

del titolare di polizza (*in stampatello*)

Luogo e data

Firma dell'interessato
