

# MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO GARANZIE AGGIUNTIVE BPER Card

**AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE  
MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative  
(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data

Nome e cognome

e C.F. \_\_\_\_\_  
del titolare di polizza o del familiare (in stampatello)

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

|                |            |                 |       |
|----------------|------------|-----------------|-------|
| AZIENDA        | Nome _____ |                 |       |
| Codice Fiscale | _____      | Iva             | _____ |
| Indirizzo Via  | CAP        | Località/Comune | Prov  |
| _____          |            |                 |       |

### Documentazione richiesta

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione

**Rimborso della spesa per telefono cellulare aziendale a seguito di furto o danno accidentale**

Copia della fattura di acquisto del cellulare oggetto di furto o di danno accidentale intestato all'azienda;

In caso di furto: copia della denuncia circostanziata fatta alle Autorità Giudiziarie.

In caso di Danno Accidentale: copia della fattura di riparazione intestata all'Azienda e certificazione con diagnosi e descrizione dettagliata dell'intervento di riparazione o eventualmente la sola certificazione del danno non riparabile.

**Guasto meccanico di 1 articolo (piccoli elettrodomestici, grandi elettrodomestici, come registratori di cassa, POS, stampanti, laminatori, triturator e apparati elettrici da intrattenimento come televisori, macchine fotografiche)**

Copia della fattura di acquisto del bene di uso commerciale intestata all'Azienda;

Copia della garanzia originale completa.

In caso di Danno meccanico: copia della fattura di riparazione intestata all'Azienda e certificazione con diagnosi e descrizione dettagliata dell'intervento di riparazione o eventualmente la sola certificazione del danno non riparabile.

**Spese impreviste a causa di arrivo in ritardo in aeroporto e conseguente perdita del volo, per incidente o guasto al veicolo avvenuto durante il tragitto**

Certificazione dell'azienda per avvenuto incidente o guasto del veicolo che conferma la perdita del volo

Fatture intestate all'azienda relative alle spese sopra descritte di cui si chiede il rimborso

**Spese per i danni che l'Assicurato subisca a seguito di distruzione, furto o perdita sia parziale che totale dei propri bagagli purché consegnati al vettore, dovuti a cause fortuite, occorse durante il viaggio il cui soggiorno e/o trasporto sia pagato con la Carta di Credito Aziendale**

Copia del titolo di viaggio

Certificazione del vettore, che il bagaglio gli è stato consegnato

Certificazione dell'azienda in cui attesti che si tratta di viaggio di lavoro

**Se si tratta di documenti integrativi riferiti a un sinistro già in essere ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono.**

N° SINISTRO \_\_\_\_\_

Questo ci permette di accelerare la valutazione e quindi le procedure di rimborso.

### Si allega la copia delle seguenti fatture

| NUMERO | DATA | IMPORTO |
|--------|------|---------|
|        |      |         |
|        |      |         |

| NUMERO | DATA | IMPORTO |
|--------|------|---------|
|        |      |         |
|        |      |         |

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: \_\_\_\_\_  
(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile)

### Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie:

c/c intestato a: \_\_\_\_\_ Banca/Posta \_\_\_\_\_

|             |       |
|-------------|-------|
| Codice IBAN | _____ |
|-------------|-------|

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva ad UniSalute attraverso l'area riservata del sito internet.

**Inviare il presente modulo a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO**

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Isritto \_\_\_\_\_

