

ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

NUCLEO FAMILIARE: SE RICHIESTA L'ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA, I DATI INDICATI CON * SONO OBBLIGATORI.

CODICE AZIENDA

--	--	--	--	--	--

NOME E COGNOME
ISCRITTO PRINCIPALE

ISCRITTO PRINCIPALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/6/2003 N. 196

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs.30/6/2003, n. 196, Codice in materia di protezione dei dati personali (di seguito, Codice privacy), il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito Fondo), con sede in V.le Beethoven 11, 00144 Roma, in qualità di Titolare del trattamento di seguito fornisce una serie di informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali dei propri iscritti (gli Assistiti) e relativi familiari resi beneficiari delle prestazioni. I dati personali in possesso del Fondo sono raccolti presso l'iscritto e relativi familiari nonché presso l'Ente datore di lavoro; all'atto della prestazione oggetto del contratto di assicurazione, possono essere acquisiti presso terzi (ad esempio presso medici, strutture sanitarie e case di cura convenzionate e non, unità operative del S.S.N.). Come conseguenza dell'adesione al Fondo e, in particolare, nella fase di esecuzione delle prestazioni previste, il Fondo può venire in possesso di dati personali, compresi quelli che la legge definisce "sensibili", cioè dati da cui può desumersi, fra l'altro, lo stato di salute e il cui trattamento è subordinato a una specifica manifestazione di consenso da parte dell'iscritto. L'eventuale rifiuto a fornire i propri dati personali e di prestare il consenso al trattamento dei dati sensibili, nonché alla loro comunicazione alle categorie di soggetti di seguito indicate, comporterà l'oggettiva impossibilità per il Fondo di erogare le prestazioni previste.

Finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati

I suddetti dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività del Fondo per le sole finalità di valutazione precontrattuale e di gestione della richiesta di adesione al Fondo, nonché per l'esecuzione delle prestazioni conseguenti previste dal contratto; in particolare, al fine di fornire agli iscritti e ai relativi familiari resi beneficiari, prestazioni integrative e/o migliorative di quelle erogate dal S.S.N. in occasione di malattie e infortuni, mediante erogazioni di natura economica, sia in forma diretta che mediante rimborso. Il trattamento dei dati personali avviene principalmente attraverso strumenti informatici/telematici e reti di comunicazioni elettronica, oltre che con strumenti manuali/cartacei, con l'uso di logiche esclusivamente correlate alle finalità sopra specificate con modalità atte ad assicurare la sicurezza dei dati stessi, in conformità alle norme vigenti.

Categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati

Con riferimento alle predette finalità, il Fondo potrebbe comunicare i dati personali (compresi quelli sensibili) degli interessati, oltre che a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria (es. autorità pubbliche), anche agli altri Titolari del trattamento – es. le Compagnie di Assicurazione - e ad altri soggetti esterni che a vario titolo eseguono attività connesse o strumentali al raggiungimento di tali finalità (gestione amministrativa, assicurativa, network e assistenza) come previsto dall'art. 16 del Regolamento del Fondo. I soggetti appartenenti alle categorie alle quali i dati possono essere comunicati effettueranno il trattamento dei dati medesimi e li utilizzeranno in qualità di Titolari ovvero in qualità di Responsabili. L'elenco aggiornato dei soggetti esterni ai quali il Fondo può comunicare i dati personali è disponibile presso il Fondo e sul sito internet del Fondo.

Esercizio dei diritti ex Art. 7, D.Lgs. 196/2003

Per l'esercizio dei diritti previsti dall'art. 7, D.Lgs. 196/03 - quali ad esempio il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali, della loro comunicazione, il diritto di richiedere l'aggiornamento, la rettifica o integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco per i trattamenti in violazione di legge è possibile scrivere direttamente al Presidente del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita domiciliato per la carica presso la Sede di Viale Beethoven, 11, 00144, Roma oppure tramite fax al numero 06.54.92.42.58

Gli aventi diritto potranno tra l'altro consultare on-line la propria posizione presso il Fondo, verificando ed eventualmente modificando le informazioni che li riguardano.

Letta e compresa l'informativa privacy sopra riportata ai sensi dell'art.13 D.Lgs 196/2003, apponendo la mia firma nello spazio sottostante manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali (compresi quelli sensibili) da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e di tutti i Titolari/Responsabili del trattamento che intervengono nel processo di trattamento dei dati personali degli Assistiti dal Fondo.

.....



.....

DATA

FIRMA ASSISTITO

ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

NUCLEO FAMILIARE: SE RICHIESTA L'ESTENSIONE DELL'ASSISTENZA, I DATI INDICATI CON * SONO OBBLIGATORI.

CODICE AZIENDA

--	--	--	--	--	--

NOME E COGNOME ISCRITTO PRINCIPALE

ISCRITTO PRINCIPALE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FIGLIO/A 2

COGNOME* NOME*

SESSO* M F NATO A* PROV.* (.....) STATO*

IL (GG/MM/AAAA)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 CODICE FISCALE*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante fino all'età indicata nel Piano Sanitario);
- Ha una percentuale di inabilità almeno pari al 67%, accertata e certificata dalla documentazione allegata (Garanzia operante senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

Letta e compresa l'Informativa privacy resa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003, apponendo la mia firma nello spazio sottostante manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali (compresi quelli sensibili) da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e di tutti gli autonomi Titolari/Responsabili del trattamento che intervengono nel processo di trattamento dei dati personali degli Assistiti dal Fondo.



.....
FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI
(SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)

FIGLIO/A 3

COGNOME* NOME*

SESSO* M F NATO A* PROV.* (.....) STATO*

IL (GG/MM/AAAA)*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 CODICE FISCALE*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Indicare inoltre se:

- è fiscalmente a mio carico secondo le vigenti disposizioni di legge (Garanzia operante fino all'età indicata nel Piano Sanitario);
- Ha una percentuale di inabilità almeno pari al 67%, accertata e certificata dalla documentazione allegata (Garanzia operante senza limite di età). **Allegare la certificazione di inabilità totale.**

Letta e compresa l'Informativa privacy resa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003, apponendo la mia firma nello spazio sottostante manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali (compresi quelli sensibili) da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita e di tutti gli autonomi Titolari/Responsabili del trattamento che intervengono nel processo di trattamento dei dati personali degli Assistiti dal Fondo.



.....
FIRMA DEL FIGLIO/A, SE MAGGIORENNE, PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI
(SE IL FIGLIO È MINORENNE FIRMA DI UNO DEGLI ESERCENTI LA PATRIA POTESTÀ)

