

# ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

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

CODICE AZIENDA

NOME E COGNOME  
ISCRITTO PRINCIPALE .....

CODICE  
ISCRITTO PRINCIPALE

## CONIUGE/CONVIVENTE MORE UXORIO / UNITO CIVILMENTE

COGNOME\*..... NOME\* .....

SESSO\*  M  F NATO A\*.....PROV.\*..... STATO\* .....

IL (GG/MM/AAAA)\*  CODICE FISCALE\*

**Attenzione: in caso di convivente more uxorio si dichiara che lo stato di convivenza è superiore a dodici mesi.**

Letta e compresa l'Informativa privacy resa ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) , apponendo la mia firma nello spazio sottostante manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali (compresi quelli particolari es. relativi alla salute ) 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 CONIUGE/ CONVIVENTE MORE UXORIO PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI

## FIGLIO/A 1

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 del Regolamento 2016/679/UE (GDPR) , apponendo la mia firma nello spazio sottostante manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali (compresi quelli particolari es. relativi alla salute ) 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)





## ANAGRAFICA NUCLEO FAMILIARE

CODICE AZIENDA

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

NOME E COGNOME  
ISCRITTO PRINCIPALE .....CODICE  
ISCRITTO PRINCIPALE

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

Come conseguenza dell'adesione al Fondo e, in particolare, nella fase di esecuzione delle prestazioni previste, il Fondo può venire in possesso di particolari categorie di dati personali, quali dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, salva diversa disposizione di legge. Il Suo consenso esplicito per il trattamento di tali dati è raccolto nei limiti delle sole finalità sopra descritte. 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.

**CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI.**

Senza che sia necessario un consenso esplicito, il Fondo potrà comunicare i Suoi dati personali a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria (es. autorità pubbliche), nonché agli altri Titolari del trattamento – es. le Compagnie di Assicurazione – e/o Responsabili esterni che a vario titolo eseguono attività connesse o strumentali al raggiungimento di tali finalità (gestione amministrativa, assicurativa, network di strutture sanitarie e assistenza).

**ORIGINE DEI DATI PERSONALI.**

I dati personali in possesso del Fondo sono raccolti direttamente 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, broker, strutture sanitarie e case di cura convenzionate e non, unità operative del S.S.N.).

**MODALITÀ DI TRATTAMENTO E CONSERVAZIONE DEI DATI**

Il trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato in modo da garantire un'adeguata sicurezza e riservatezza e da impedire l'accesso o l'utilizzo non autorizzato dei dati personali. Pertanto, i Suoi dati personali saranno trattati e conservati nel pieno rispetto dei principi di necessità, minimizzazione dei dati e limitazione del periodo di conservazione, mediante l'adozione di misure tecniche ed organizzative adeguate al livello di rischio dei trattamenti e per un arco di tempo non superiore al conseguimento delle finalità per le quali sono trattati, comunque per il periodo previsto dalla legge.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO.**

Lei ha il diritto di ottenere dal Fondo l'accesso alle informazioni relative al trattamento (es. finalità, destinatari/categorie di destinatari, periodo di conservazione, etc).

Inoltre, Lei ha la facoltà di esercitare i diritti previsti dal Regolamento 2016/679/UE (GDPR) come ad esempio la rettifica, l'integrazione, la limitazione del trattamento dei suoi dati personali, la cancellazione («diritto all'oblio»), l'opposizione al loro trattamento; etc.

Per esercitare i Suoi diritti, può rivolgersi al Presidio Privacy del Fondo tramite i seguenti canali:

e-mail: [privacy@postevita.it](mailto:privacy@postevita.it), posta tradizionale: V.le Beethoven, 11, 00144, Roma.

Qualora ritenesse che i trattamenti effettuati dal Fondo possano aver violato le norme del Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali, ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del Regolamento 2016/679/UE.

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.

**DATA PROTECTION OFFICER.**

Il Data Protection Officer (DPO) è il Responsabile della protezione dei dati personali ed è designato dal Titolare per assolvere alle funzioni espressamente previste dal Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali. Il DPO è reperibile presso l'ufficio del Responsabile della Protezione dei Dati di Poste Italiane, in viale Europa, 175 - 00144 Roma, email: [ufficiordp@posteitaliane.it](mailto:ufficiordp@posteitaliane.it).

L'informativa completa è disponibile sul sito: <http://www.postevitafondosalute.it/>

Letta e compresa informativa privacy di cui sopra ai sensi Regolamento 2016/679/UE (GDPR), apponendo la mia firma nello spazio sottostante manifesto il mio libero consenso al trattamento di dati particolari (ad esempio dati relativi alla salute) da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita a di tutti i Titolari/Responsabili del trattamento che intervengono nel processo di trattamento dei dati personali degli Assistiti dal Fondo.

.....  
DATA.....  
FIRMA ASSISTITO