POSTEVITA FONDOSALUTE

Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita

Conferma consenso dati particolari relativi alla salute

La scheda va compilata in stampatello da parte di un familiare assistito al compimento del diciottesimo anno di età in quanto, conformemente a quanto previsto dalla normativa in materia di protezione dei dati personali, è decaduta la validità del consenso fornito dall'esercente la patria potestà, ed è quindi necessario che lo stesso, venga nuovamente fornito, dal familiare ora maggiorenne.

La scheda va consegnata all'amministrazione del personale della propria Azienda che provvederà:

- a rendere nuovamente attivo il familiare assistito tramite la funzione Consenso Familiare presente nell'area riservata all'azienda nel sito www.postevitafondosalute.it - area aziende;
- a custodire gli originali presso i propri uffici e, a seguito di espressa richiesta del Fondo, ad inviarli a:
  Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita - c/o Poste Welfare Servizi S.r.l. - Viale Europa, 175 - 00144 Roma (RM).

.....

NOME E COGNOME ISCRITTO PRINCIPALE

.....

NOME E COGNOME ASSISTITO PER IL QUALE È RICHIESTA LA CONFERMA DEL CONSENSO

Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) disponibile sul sito www.postevitafondosalute.it, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, **manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali "particolari" relativi alla salute come previsto dall' art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679.** Tali dati sono necessari per l'erogazione del servizi e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, delle Compagnie Poste Vita S.p.A. (caso di polizze ramo Vita) e Poste Assicura S.p.A., (caso di polizze ramo Danni) in qualità di Titolari, nonché da Poste Welfare Servizi S.r.l. che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

..... ✔ .....

DATA FIRMA ASSISTITO