

# 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

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

CODICE FISCALE\*  SESSO\*  M  F

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)\*  TIPOLOGIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO\* .....

ENTE DI RILASCIO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO\* .....

NUMERO DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO\* .....

DATA DI RILASCIO (GG/MM/AAAA)\*  DATA DI SCADENZA (GG/MM/AAAA)\*

**Attenzione: in caso di convivente more uxorio si dichiara che lo stato di convivenza è superiore a dodici mesi.**  
Preso atto dell' Informativa per la privacy che mi è stata fornita 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 del trattamento che intervengono nel processo, con le modalità e nei limiti di cui alla suddetta Informativa.

.....  
FIRMA DEL CONIUGE/ CONVIVENTE MORE UXORIO PER CONSENSO TRATTAMENTO DATI

## FIGLIO/A 1

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

M  F   
CODICE FISCALE\* SESSO\* DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)\*

**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.**

Preso atto dell' Informativa per la privacy che mi è stata fornita 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 del trattamento che intervengono nel processo, con le modalità e nei limiti di cui alla suddetta Informativa.

.....  
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

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

CODICE AZIENDA

NOME E COGNOME  
ISCRITTO PRINCIPALE .....

CODICE  
ISCRITTO PRINCIPALE

## FIGLIO/A 2

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

CODICE FISCALE\*

M  F

SESSO\*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)\*

**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.**

Preso atto dell' Informativa per la privacy che mi è stata fornita 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 del trattamento che intervengono nel processo, con le modalità e nei limiti di cui alla suddetta Informativa.

..... 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\* .....

CODICE FISCALE\*

M  F

SESSO\*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)\*

**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.**

Preso atto dell' Informativa per la privacy che mi è stata fornita 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 del trattamento che intervengono nel processo, con le modalità e nei limiti di cui alla suddetta Informativa.

..... 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 4

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

CODICE FISCALE\*

M  F

SESSO\*

DATA DI NASCITA (GG/MM/AAAA)\*

**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.**

Preso atto dell' Informativa per la privacy che mi è stata fornita 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 del trattamento che intervengono nel processo, con le modalità e nei limiti di cui alla suddetta Informativa.

..... 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

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

Consapevole che il Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita potrà in qualunque momento richiedere all'Assistito la certificazione di quanto indicato, il sottoscritto dichiara che:

- i figli su indicati sono fiscalmente a suo carico;
- i dati summenzionati sono corrispondenti al vero e si impegna a segnalare tempestivamente al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, tramite la sua Azienda, ogni variazione che dovesse intervenire rispetto a quanto dichiarato.

.....  
DATA✓  
.....  
FIRMA ASSISTITO**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 P.le K. Adenauer 3, 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 direttamente presso l'iscritto e relativi familiari nonché presso l'Ente datore di lavoro; occasionalmente, 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 finalità di gestione della richiesta di adesione al Fondo e per l'esecuzione delle prestazioni conseguenti previste dal contratto; in particolare, al fine di fornire agli iscritti e 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 logiche strettamente correlate alle finalità e 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 ad altri soggetti esterni che a vario titolo eseguono attività connesse o strumentali al raggiungimento di tali finalità (gestione amministrativa, assicurativa, network e assistenza). 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. Il Fondo designa incaricati del trattamento tutti gli addetti pro tempore ed i collaboratori, anche occasionali, che svolgono mansioni che comportano il trattamento di dati personali, impartendo loro adeguate istruzioni.

**Diritto di accesso ai dati**

L'art. 7 del Codice Privacy conferisce agli interessati specifici diritti. Per l'esercizio di tali diritti è possibile far riferimento all'apposito modulo presente nella sezione Modulistica del sito, da inviare al Presidente del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, domiciliato per la carica presso la sede dello stesso. Gli aventi diritto potranno tra l'altro consultare on-line la propria posizione presso il Fondo, verificando le informazioni che li riguardano.