

Modulo di rilevazione dei dati / Pensionati

CONVENZIONE ASDEP

ENTE DI APPARTENENZA: _____

Da compilare e restituire entro e non oltre il 01 Giugno 2011 allo sportello ASDEP c/o Inps Via Ciro il Grande 21 - 00144 Roma

Il contributo per la presente copertura a favore del pensionato e del relativo nucleo familiare fiscalmente a carico è interamente a carico del Pensionato

DATI ANAGRAFICI DEL PENSIONATO:

Il/La sottoscritto/a: _____ Ente di appartenenza: _____ Data di pensionamento: _____

Nato a: _____ / il _____ Codice _____
Fiscale: _____

Residente a _____ / Prov. _____ / CAP _____

Via/Piazza _____ / N° _____ / N° tel. _____

Ai fini del rimborso diretto si notificano le coordinate bancarie:

c/c intestato a: _____ Banca/Posta _____

Codice IBAN _____

CHIEDE

l'estensione della convenzione (solo copertura sanitaria di cui alla sezione III), con versamento del relativo contributo a proprio carico, al Pensionato e ai familiari fiscalmente a carico e non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia. A tal fine dichiara, sotto la propria responsabilità civile e penale, i dati anagrafici degli stessi. Autorizza altresì ASDEP a verificare, in ogni momento, la composizione del nucleo familiare come sopra definito. Si impegna, poi, a comunicare le eventuali variazioni intervenute nella composizione del suo nucleo familiare come sopra definito in qualsiasi momento siano avvenute, utilizzando il presente modulo.

NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Codice fiscale	Contributo

TOTALE				€ 700,00

NUCLEO FAMILIARE NON FISCALMENTE A CARICO RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA (ADESIONE ENTRO E NON OLTRE IL 01 GIUGNO 2011)

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Codice fiscale	Contributo
				€ 500,00
				€ 500,00
				€ 500,00
				€ 500,00
TOTALE				€ ,00

Contributo Complessivo (contributo nucleo fiscalmente a carico fiscale € 700 + somma contributi familiari non a carico fiscale)	TOTALE	€ ,00
--	---------------	--------------

Il/La Sottoscritto/a, alla sottoscrizione del presente modulo provvede al versamento del contributo complessivo alle seguenti coordinate bancarie e allega copia dell'Ordine di bonifico:

ASDEP C/O INPS - BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA - AGENZIA I.N.P.S. VIALE CIVILTÀ DEL LAVORO 79 ROMA
ABI: 8327 CAB: 03210 C/C: 6372 - IBAN IT87H 08327 03210 000000006372

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (D. LGS. 196/03)

Ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice), ed in relazione ai dati personali che La/Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue.

TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare del trattamento dei dati è la Cassa di assistenza ASDEP, con sede in Roma, Via Ciro il grande n° 21, c.a.p. 00144.

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali dell'Interessato (quale associato o iscritto alla Cassa od eventuale suo familiare comunque assistito) è diretto all'espletamento da parte della Cassa delle seguenti finalità attinenti all'esercizio dell'attività assistenziale sanitaria integrativa e di quelle ad essa connesse, a cui la Cassa è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge:

- corresponsione di prestazioni assistenziali in attuazione di quanto previsto dallo Statuto;
- corresponsione di ogni altra prestazione alla quale la Cassa sia autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- esecuzione degli obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche Autorità a cui la Cassa è soggetta.

Il trattamento riguarda anche i dati sanitari eventualmente forniti dall'Interessato in occasione di prestazioni richieste alla Cassa o direttamente a soggetti convenzionati con la stessa, quali compagnie assicurative e strutture sanitarie (rimborso di spese mediche, servizi di informazione, consulenza, urgenze e prenotazione visite, ecc.). **Per il trattamento di tali dati è necessario che ogni Interessato rilasci il proprio consenso attraverso la sottoscrizione dell'allegato modulo.**

CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia decisionale dell'Interessato, il conferimento dei dati suddetti può essere:

- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitari (ad esempio per finalità di antiriciclaggio)
- strettamente necessario alla esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla erogazione delle prestazioni.

RIFIUTO DEL CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'Interessato di conferire dati personali, anche sanitari, nei casi indicati nel punto precedente può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa.

MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e sempre in modo di garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori della Cassa, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità della Cassa e in conformità alle istruzioni che saranno dalla stessa impartite.

COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati dell'Interessato non sono soggetti a diffusione né a trasferimento all'estero. La Cassa potrà comunicare i dati personali e gli eventuali dati sanitari forniti dall'Interessato a soggetti e società esterne che li tratteranno, quali titolari autonomi o responsabili per conto della Cassa, per fornire servizi strettamente necessari, connessi e strumentali alla propria attività.

In particolare i predetti soggetti potranno essere costituiti da:

- compagnie di assicurazione con cui la Cassa ha in corso convenzioni o contratti di assicurazione aventi ad oggetto l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria
- i Consulenti assicurativi della Cassa (broker)
- Istituti bancari incaricati
- Società di servizi amministrativi, contabili ed informatici
- Pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente

L'elenco di tali soggetti, società o professionisti, è disponibile presso la Cassa e potrà essere consultato in qualsiasi momento.

TRATTAMENTO DI DATI COMUNI PER FINALITÀ COMMERCIALI

In una sezione separata chiediamo di esprimere uno specifico consenso per il trattamento dei soli dati comuni (compresi recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) per finalità commerciali: il consenso permetterà di utilizzare i dati per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti. Il consenso al trattamento dei dati comuni per tali finalità è facoltativo e il suo mancato rilascio non incide sui rapporti assicurativi in essere. Esclusivamente per le qui descritte finalità e solo nel caso sia stato prestato il consenso, i dati potranno essere comunicati anche ad altri soggetti - in Italia o all'estero - che li utilizzeranno come autonomi titolari. In particolare, i dati potranno essere trattati dai consulenti assicurativi della Cassa per attività di informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti. Il consenso richiesto riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti effettuati da tali soggetti.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Gli artt. 7-10 del Codice conferiscono all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal soggetto titolare o responsabile del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

Per l'esercizio dei predetti diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, l'Interessato può rivolgersi ad ASDEP, con sede in Roma, Via Ciro il grande n° 21, c.a.p. 00144.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SANITARI PER FINALITÀ ATTINENTI ALL'ESERCIZIO DELL'ATTIVITÀ ASSISTENZIALE SANITARIA INTEGRATIVA

(Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa ricevuta Lei/Voi, quale iscritto alla Cassa e/o familiari di quest'ultimo, può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento, da parte della Cassa medesima e dei soggetti convenzionati di cui all'informativa, dei Suoi/Vostri dati personali, eventualmente anche sanitari ove indispensabili, per le finalità di attività assistenziale sanitaria integrativa, apponendo la Sua/Vostra firma. Il consenso vale anche per la comunicazione dei dati suddetti ed il relativo trattamento da parte dei soggetti destinatari secondo quanto precisato nell'informativa suddetta.

a) Riquadro per il consenso dell'iscritto alla Cassa

Luogo e data _____, ___/___/____	Nome e cognome dell'interessato _____ Firma _____
-------------------------------------	---

b) Riquadri ulteriori per il consenso di eventuali familiari assistiti

Nome e cognome dell'interessato _____ Firma _____	Nome e cognome dell'interessato _____ Firma _____
Nome e cognome dell'interessato _____ Firma _____	Nome e cognome dell'interessato _____ Firma _____

(*) Per poter fruire delle prestazioni il consenso, previa visione dell'informativa, deve essere prestato da tutti gli interessati, ossia sia dall'associato alla Cassa, sia dai familiari per i quali è previsto il rimborso delle spese sanitarie sostenute. Per i minori/inabilitati/interdetti il consenso è rilasciato dal genitore/curatore/tutore associato alla Cassa.

ULTERIORE DICHIARAZIONE

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia delle condizioni d'operatività delle garanzie.

Luogo e data _____, ___/___/____	Nome e cognome dell'iscritto alla Cassa _____ Firma _____
-------------------------------------	---

Consenso al trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali

(Art. 23 del D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Lei/Voi, quale iscritto alla Cassa e/o familiari di quest'ultimo, può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento per le finalità commerciali indicate al punto TRATTAMENTO DATI COMUNI PER FINALITÀ COMMERCIALI dell'informativa. Questo consenso è facoltativo.

Luogo e data

_____, ___/___/____

Nome e cognome dell'iscritto alla Cassa

Firma _____