





### Delega di pagamento Sussidio

Il richiedente dichiara di delegare Unione Nazionale fra i Pensionati del Banco di Napoli a versare per proprio conto alla Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance, la somma relativa al Sussidio Sanitario in virtù dell'accordo di convenzione in essere tra l'Unione Nazionale fra i Pensionati del Banco di Napoli e MBA.

Il richiedente dichiara di utilizzare la seguente modalità di pagamento per il versamento del contributo annuale:

- In unica soluzione a mezzo SEPA
- In unica soluzione con pagamento a mezzo bonifico bancario – IBAN IT93U0335901600100000069481 (Banca Prossima – Filiale 05000)
- In sei rate con maggiorazione di € 2,00 a rata per spese d'incasso da banche del gruppo e di € 5,00 per tutte le altre

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_ **Il richiedente** \_\_\_\_\_

### INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è **L'Unione Pensionati del Banco di Napoli** responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **Unione Pensionati del Banco di Napoli**

Sede: **Via G. Marconi, 15 80125 Napoli**

Contatti e recapiti:

Telefono	081/4288001
PEC	upbn@pec.it

L'Unione Pensionati Banco di Napoli ha nominato un Responsabile della protezione dei dati personali ("Data Protection Officer o DPO")

Contatti e recapiti:

Email	upbnsegr@tin.it
-------	-----------------

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
1. Raccolta dati per la sottoscrizione di sussidi sanitari offerte da Casse, Fondi Sanitari e Società di Mutuo Soccorso e presentazione delle richieste di rimborso per l'erogazione delle relative garanzie, come previsto dal piano sanitario prescelto	Nominativo, dati anagrafici dei familiari, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Coordinate bancarie; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.)	Norma Stato membro (GDPR 2016/679, art. 6, par. 1 lett. a)

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

#### Durata del trattamento:

La durata del trattamento è determinata come segue: i dati personali dell'Interessato saranno conservati per i termini temporali come indicato ai sensi dell'art. 13, paragrafo 2 del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare, saranno conservati per un tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità descritte nell'informativa e in ogni caso per tutta la durata contrattuale e fino a che sussistano obbligazioni ed adempimenti connessi all'esecuzione dello stesso, e comunque, per un periodo non inferiore a 10 anni dall'ultima prestazione o servizio erogato, salvo l'esigenza di una ulteriore conservazione, per consentire al titolare la difesa dei propri diritti.

#### Modalità di trattamento

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico e anche cartaceo. Nell'ambito dei trattamenti, possono essere previste modalità di organizzazione, di raffronto o di elaborazione dei dati personali per essere eventualmente indirizzati ai destinatari sopra menzionati. Inoltre ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione e nella gestione amministrativa del Titolare, sarà impegnato al rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali



e della dignità degli interessati, nonché ad osservare le stesse regole di segretezza alle quali è sottoposto il personale sanitario (medico, infermieristico, ecc.).

**Trasferimento dei dati personali verso Paesi non appartenenti alla Unione europea.**

La informiamo che i Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento in paesi extra UE.

**I suoi diritti:**

Ai sensi degli artt. da 15 a 20 del Regolamento, la informiamo relativamente agli obblighi che ha il Titolare nei Suoi riguardi.

- . Lei ha il diritto di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, l'integrazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;
- . Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante della Privacy) laddove ritenga che i Suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo, raggiungibile al sito Web [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it);
- . Lei ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali (Diritto di opposizione) effettuato per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare, sempre che non sussistano motivi legittimi per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;

Lei può esercitare il Diritto di opposizione per finalità di informazione e promozione istituzionale in qualsiasi momento, attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo [upbn@pec.it](mailto:upbn@pec.it)

- . L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma e Le verrà fornito riscontro entro 30 giorni in forma scritta (salvo Sua specifica richiesta di riscontro orale);

Per esercitare tali diritti Lei potrà rivolgersi in qualunque momento al Responsabile della protezione dei dati personali presso L'Unione Pensionati del Banco di Napoli, con sede Via G. Marconi, 15 – 80125 Napoli (NA), IT – raggiungibile all'indirizzo [upbnsegr@tin.it](mailto:upbnsegr@tin.it)

Napoli, ..../...../.....

**Il Titolare del Trattamento**

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a il, a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili relativi alla salute e quelli biometrici (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

**Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; carte sanitarie; stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso; referti e anamnesi; dati genetici.**

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dall'art. 9 par. 2 dalla lettera a) alla lettera j) del già citato Regolamento e, in particolare:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche. In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

CONSENTO

NON CONSENTO

Località e Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:  
Non è possibile procedere all'erogazione dei servizi richiesti*