

Scheda di adesione alla polizza "Convenzione malattie" con "CASPIE/ALLIANZ"

AFFINCHÉ CASPIE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative
(Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Le ricordiamo che **in mancanza di questo consenso CASPIE/ALLIANZ S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo**, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati CASPIE/ALLIANZ – a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data	Nome e cognome _____	
	e C.F. del titolare di polizza (in stampatello)	
Firma dell'interessato _____		
Nome e cognome _____ del coniuge/convivente (in stampatello) Firma dell'interessato _____		Nome e cognome _____ del familiare 1* (in stampatello) Firma dell'interessato _____
Nome e cognome _____ del familiare 2* (in stampatello) Firma dell'interessato _____		Nome e cognome _____ del familiare 3* (in stampatello) Firma dell'interessato _____

* Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

DATI ANAGRAFICI DEL TITOLARE DI POLIZZA

Il Sottoscritto/a								
Nato a	il	Codice Fiscale						
Residente in via	CAP	Comune				Prov		
Domicilio (se diverso da residenza)	CAP	Comune				Prov		
N° tel.	Tel cell.		E-mail					
Luogo di lavoro in via	CAP	Città			Prov			

chiede l'adesione al piano sanitario per sé e per i propri familiari sotto indicati per il periodo dalle ore 24,00 del 31.12.2017 31.12.2018

Sceglie di aderire alla polizza con la seguente formula (contrassegnare il tipo di polizza):



IMPORTO ANNUO POLIZZA LIGHT

Pensionato	€ 140,00	Coniuge o convivente "more uxorio"	€ 140,00
Ogni figlio	€ 140,00	Nipote del titolare	€ 140,00
Nuora / genero del titolare	€ 140,00		



IMPORTO ANNUO POLIZZA TOP

Pensionato single	€ 1.050,00	Pens. e nucleo fiscalmente a carico, inteso Coniuge, figlio, convivente "More uxorio"	€ 1.350,00
Coniuge non fisc. a carico o conv. "more uxorio"	€ 490,00	Ogni figlio non convivente e non fiscalmente a carico	€ 490,00
Nipote del titolare	€ 490,00	Nuora / Genero del titolare	€ 490,00

Il richiedente chiede di assicurare i seguenti componenti il nucleo familiare e dichiara sotto la propria responsabilità (ai sensi del DPR 445/2000) che i dati corrispondono al vero.

Nominativo	Sex	Data nascita	Codice Fiscale	Parentela	A carico	Conviv.
Importo Totale:					€	

Indicare "SI/NO" per il carico fiscale e "SI/NO" per la convivenza

Comunica che intende utilizzare la seguente modalità di pagamento per il versamento del premio annuale:



In unica soluzione a mezzo SEPA (ex RID) bancario.



In unica soluzione con pagamento a mezzo bonifico bancario – IBAN IT93U033590160010000069481 (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.

Prende atto delle disposizioni di cui al Decreto Legge 196/03 art. 13 e segg., relativo al trattamento dei dati personali, acconsente alla comunicazione dei suddetti dati personali ai soggetti preposti. Resta inteso che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data

Firma

Informativa sui dati personali

La CASPIE, con sede in Roma, Via Ostiense n. 131/L, in qualità di "titolare" del trattamento, è tenuta a fornire agli assistiti alcune informazioni, ai sensi dell'art.13 del DLGS 196/2003, riguardanti la raccolta e l'utilizzo dei loro dati personali ai fini dello svolgimento dell'attività di assistenza sanitaria integrativa, nonché dell'erogazione delle relative prestazioni e servizi.

Allo scopo, di seguito forniamo una precisa informativa, unitamente al modulo di adesione alla CASPIE, contenente anche il riquadro per la manifestazione del consenso, che Le chiediamo di compilare, di sottoscrivere, di far leggere e sottoscrivere dai suoi familiari maggiorenni (intendendo tutti i nominativi degli assistiti) ai quali i dati eventualmente si riferiscono.

La invitiamo inoltre a trattenere copia del modulo che, debitamente compilato anche dai propri familiari maggiorenni (quando necessario), verrà restituito alla CASPIE.

I dati personali in possesso della CASPIE sono:

- forniti direttamente dall'assistito (come nel caso dei dati di tipo sanitario),
- oppure sono raccolti per il tramite dell'azienda da cui l'interessato dipende, al momento dell'avvio del rapporto di lavoro; successivamente nel corso del prosieguo del rapporto di lavoro quando si verificano variazioni definitive o provvisorie dei dati stessi, quando la stessa azienda è parte attiva in alcune fasi della procedura di rimborso.

Le informazioni raccolte riguardano: i dati anagrafici, la qualifica aziendale se comunicata, le generalità dei familiari e/o componenti il nucleo assistito, le certificazioni mediche soggette a rimborsi.

Per l'adempimento degli specifici obblighi assistenziali assunti, la CASPIE viene necessariamente a conoscenza di tali dati, personali e sanitari, senza dei quali non sarebbe possibile il completo rimborso delle spese mediche sostenute ed una corretta gestione delle relative pratiche.

Può accadere inoltre che la CASPIE, sempre nel trattamento dei documenti e dati sanitari indispensabili per l'espletamento delle pratiche di rimborso (ad esempio, certificati di gravidanza e maternità; certificati di invalidità e appartenenza a categorie protette), possa venire occasionalmente in possesso anche di altri dati che, per la loro natura, la legge definisce sensibili (in quanto da questi dati possono eventualmente desumersi l'origine razziale ed etnica dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché aspetti relativi alla vita sessuale).

Per il trattamento dei Suoi dati sanitari e di eventuali altri dati di natura sensibile, ove strettamente necessari per l'erogazione di prestazioni e servizi della CASPIE, la legge

sulla privacy richiede una Sua specifica manifestazione di consenso, che troverà nell'allegato modulo.

I dati sono trattati, mediante l'impiego di idonee misure di sicurezza e riservatezza, nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa della CASPIE, attraverso l'utilizzo di strumenti anche informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in particolare, al perseguimento delle finalità di:

- gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie sostenute,
- erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito,
- fornitura degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc.,
- adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo.

Salva diversa indicazione dell'interessato, alcuni dati, non sensibili, possono essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio, pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

Per lo svolgimento di diverse attività la CASPIE ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio e delle pratiche di rimborso in genere.

In particolare, i dati sanitari forniti dagli assistiti non sono divulgati a terzi e possono essere comunicati, per la gestione, l'omologazione e la liquidazione delle richieste di

rimborso, soltanto a:

- specialisti medici o consulenti comunque esercenti le professioni sanitarie,
- compagnie di assicurazioni collegate alla CASPIE e loro società di servizi,
- in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali e fiscali.

Alle società o compagnie convenzionate con la CASPIE per l'erogazione degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc. sono comunicati solo i dati anagrafici necessari a comprovare l'adesione alla Cassa.

L'elenco di tali specifici soggetti, società e professionisti è comunque disponibile presso la CASPIE e potrà essere consultato in qualunque momento.

In qualsiasi momento, l'assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli correggere, aggiornare o cancellare (ai sensi dell'art. 7 del DLGS 196/2003), scrivendo o contattando la CASPIE ai recapiti sopra indicati.

Tali richieste ed ulteriori informazioni potranno essere rivolte anche al Sig. Giuseppe Ciolino, quale "responsabile" del trattamento, presso la sede di Roma, Via Ostiense n. 131/L..