

# Modulo di rilevazione dei dati / Pensionati ultra70enni

CONVENZIONE ASDEP

ENTE DI APPARTENENZA: \_\_\_\_\_

**Da compilare e restituire entro e non oltre il 15 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
			<input type="text"/>	-----
			<input type="text"/>	-----
			<input type="text"/>	-----
			<input type="text"/>	-----
			<b>TOTALE</b>	<b>€ 1.200,00</b>

## NUCLEO FAMILIARE NON FISCALMENTE A CARICO RISULTANTE DALLO STATO DI FAMIGLIA (ADESIONE ENTRO E NON OLTRE IL 15 GIUGNO 2011)

Cognome e Nome	Luogo e data di nascita	Parentela	Codice fiscale	Contributo
			<input type="text"/>	€ 800,00
			<input type="text"/>	€ 800,00
			<input type="text"/>	€ 800,00
			<input type="text"/>	€ 800,00
			<b>TOTALE</b>	<b>€ ,00</b>

Contributo Complessivo (contributo nucleo fiscalmente a carico fiscale € 1.200 + somma contributi familiari non a carico fiscale)	<b>TOTALE</b>	<b>€ ,00</b>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------	--------------

**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 (Arti. 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**

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

Luogo e data	Nome e cognome dell'iscritto alla Cassa
Nome e cognome dell'interessato Firma	Nome e cognome dell'interessato Firma 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.

**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 \_\_\_\_\_