



Spett.le
FASIE
CASELLA POSTALE 140
31021 Mogliano Veneto (TV)

SETTORE GAS-ACQUA

VARIAZIONE DELL'OPZIONE SANITARIA DIPENDENTI - Mod. VO 01/10 -

Il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo:
FASIE - CASELLA POSTALE 140, 31021 Mogliano Veneto (TV)

IO SOTTOSCRITTO:

Numero iscrizione: Matricola aziendale: Cognome: Nome: Codice Fiscale: Nato il: Sesso: M F

CHIEDO

di modificare l'opzione sanitaria attualmente vigente con la seguente nuova opzione (*barrare la nuova opzione prescelta e compilare i relativi box - per una illustrazione esaustiva delle prestazioni garantite dalle singole opzioni, delle esclusioni e dei costi si rinvia alla normativa reperibile sul sito internet del Fondo*):

OPZIONE BASE

L'opzione BASE garantisce l'inclusione in copertura del dipendente e dei componenti del proprio nucleo familiare con garanzia delle prestazioni indicate nel Nomenclatore/Tariffario del Fondo FASIE. **DELEGO** il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione la contribuzione a mio carico pari ad € 72,00 annui ed a provvedere al relativo versamento al Fondo FASIE, con le modalità e secondo i termini stabiliti dagli Organi del Fondo.

OPZIONE STANDARD

L'opzione STANDARD garantisce l'inclusione in copertura del dipendente, con facoltà di iscrivere i propri familiari e conviventi, con garanzia delle prestazioni indicate nel Nomenclatore/Tariffario del Fondo FASIE. **DELEGO** il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione la contribuzione a mio carico pari ad € 160,00 annui + € 186 annui per ogni familiare e/o € 372 annui per ogni convivente ed a provvedere al relativo versamento al Fondo FASIE, con le modalità e secondo i termini stabiliti dagli Organi del Fondo.

OPZIONE EXTRA

L'opzione EXTRA garantisce l'inclusione in copertura del dipendente, con facoltà di iscrivere i propri familiari e conviventi, con garanzia delle prestazioni indicate nel Nomenclatore/Tariffario del Fondo FASIE. **DELEGO** il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione la contribuzione a mio carico pari ad € 310,00 annui per il dipendente + € 186 annui per ogni familiare e/o € 372 annui per ogni convivente ed a provvedere al relativo versamento al Fondo FASIE, con le modalità e secondo i termini stabiliti dagli Organi del Fondo.

OPZIONE PLUS

L'opzione PLUS garantisce l'inclusione in copertura del dipendente e dei componenti del proprio nucleo familiare con garanzia delle prestazioni indicate nel Nomenclatore/Tariffario del Fondo FASIE. **DELEGO** il mio datore di lavoro a prelevare dalla mia retribuzione la contribuzione a mio carico pari ad € 720,00 annui ed a provvedere al relativo versamento al Fondo FASIE, con le modalità e secondo i termini stabiliti dagli Organi del Fondo.

Gli importi su indicati sono comprensivi della quota di adesione, pari ad € 36,00.



Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati anagrafici miei e del mio nucleo familiare/dei miei familiari/conviventi. Il Fondo si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese. Mi impegno ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne del Fondo FASIE ed a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione. Dichiaro inoltre di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti.

Da compilarsi a cura dell'Azienda di appartenenza

Dati dell'azienda (riportare i dati relativi allo stabilimento presso il quale l'iscritto presta la propria attività)

Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____

P.IVA _____

Data di ricevimento della domanda: _____

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

La presente richiesta deve essere consegnata all'azienda per la trasmissione al Fondo FASIE (CASELLA POSTALE 140, 31021 Mogliano Veneto - TV) **entro il 15 novembre di ogni anno**; la variazione dell'opzione sanitaria avrà effetto a decorrere dal **1 gennaio dell'anno successivo** (fa fede il timbro postale di spedizione).

L'eventuale cambio di opzione sanitaria potrà essere richiesto dopo tre anni dalla precedente variazione.

Il presente Modulo è composto di n. 3 copie, di cui una da inviare al Fondo FASIE, una da trattenere da parte del dipendente ed una da trattenere da parte dell'Azienda per i propri adempimenti interni.

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme previste comporta il rigetto della domanda presentata.

Data compilazione: _____

Firma del dipendente: _____

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

Data compilazione: _____

Firma del dipendente: _____

Firma dei componenti del nucleo familiare/familiari/conviventi (se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela):

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. LGS. N. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice Privacy), il Fondo FASIE fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei dati personali dei propri iscritti:

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo FASIE (di seguito Fondo Sanitario), sono effettuati:

- per la finalità di corrispondere prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale in attuazione di quanto stabilito dallo Statuto del Fondo Sanitario;
- per la finalità di corrispondere ogni altra prestazione alla quale il Fondo Sanitario sia autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza a cui il Fondo Sanitario è soggetto.

2. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Sanitario. L'eventuale rifiuto comporterà l'inevitabile rigetto della domanda di adesione al Fondo Sanitario presentata dall'interessato.

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi. I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo Sanitario, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Sanitario e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Fondo Sanitario potrà comunicare i dati personali degli iscritti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività. In particolare i soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio;
- compagnie di assicurazione incaricate della gestione delle risorse del Fondo Sanitario;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici;
- pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente.

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

Il consenso è pure esteso con riguardo all'acquisizione da parte del Fondo dei dati relativi alla salute, necessari per la valutazione delle spese mediche delle quali si richiede il rimborso.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice Privacy garantisce all'interessato, tra gli altri, i seguenti diritti:

- ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; l'attestazione che le operazioni che le operazioni predette sono state portate a conoscenza, anche per il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.

6. TITOLARE E RESPONSABILI

Titolare del trattamento dei dati è il Fondo Sanitario FASIE, con sede in Roma, Piazzale Luigi Sturzo 31. Responsabile del trattamento dei dati è Previmedical S.p.A., con sede in Mogliano Veneto (TV), via E. Ferretto 1. L'elenco degli altri Responsabili nominati è consultabile sul sito web del Fondo Sanitario all'indirizzo www.fasie.it.