

**MODULO DI VARIAZIONE DELL'OPZIONE SANITARIA – Prosecuratori Volontari**

**ATTENZIONE:** per la validità del modulo, allegare **OBBLIGATORIAMENTE** copia tessera sanitaria e documento di identità di ogni iscritto

**IL PRESENTE MODULO DOVRA' ESSERE FIRMATO ED INVIATO AL FONDO SANITARIO IN VIA TELEMATICA AL SEGUENTE INDIRIZZO: [NOREPLY-MODULIPROSECUTORI@FASIE.IT](mailto:NOREPLY-MODULIPROSECUTORI@FASIE.IT)**

**In alternativa il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo: **FASIE – VIA BENEDETTO CROCE, 40 – 00142 ROMA (RM)****

Cognome: _____					Nome: _____																	
Codice Fiscale										Data di nascita								Sesso	M		F	
Comune e Stato di nascita: _____																		(Prov. _____)				
Indirizzo di residenza: _____																		CAP: _____				
Comune di residenza: _____																		(Prov. _____)				
Indirizzo e-mail: _____												@ _____		Cellulare: _____								
Settore di provenienza – CCNL _____										Azienda di provenienza _____												

presa visione dello STATUTO, del REGOLAMENTO e delle OPZIONI SANITARIE presenti sul sito internet istituzionale, ed in particolare dell'articolo 7 del Regolamento – Variazione dell'opzione sanitaria (L'opzione sanitaria può essere variata dal Titolare decorsi tre anni dalla precedente scelta)

**CHIEDO**

di modificare l'OPZIONE SANITARIA attualmente vigente con la seguente:

<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE BASE</b> con l'inclusione in copertura del <b>PROSECUTORE</b> e con facoltà di iscrivere il <b>NUCLEO FAMILIARE</b> già iscritto
<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE STANDARD</b> con l'inclusione in copertura del <b>PROSECUTORE</b> e con facoltà di iscrivere i <b>FAMILIARI PAGANTI</b> già iscritti
<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE EXTRA</b> con l'inclusione in copertura del <b>PROSECUTORE</b> e con facoltà di iscrivere i <b>FAMILIARI PAGANTI</b> già iscritti
<input type="checkbox"/> <b>OPZIONE PLUS</b> con l'inclusione in copertura del <b>PROSECUTORE</b> e con facoltà di iscrivere il <b>NUCLEO FAMILIARE</b> già iscritto

**CHIEDO** inoltre la variazione dell'opzione per i seguenti familiari che risultano già iscritti:

<b>FAMILIARE</b>																						
Cognome: _____											Nome: _____											
Codice Fiscale											Data di nascita							Sesso	M		F	
Comune e Stato di nascita: _____																		(Prov. _____)				
Indirizzo di residenza: _____																		CAP: _____				
Comune di residenza: _____																		(Prov. _____)				
<input type="checkbox"/> Coniuge			<input type="checkbox"/> Figlio/a (fino a 26 anni)			<input type="checkbox"/> Convivente o Figlio/a (oltre 26 anni)			<input type="checkbox"/> Genitore			<input type="checkbox"/> Fratello/Sorella										
<b>FAMILIARE</b>																						
Cognome: _____											Nome: _____											
Codice Fiscale											Data di nascita							Sesso	M		F	
Comune e Stato di nascita: _____																		(Prov. _____)				
Indirizzo di residenza: _____																		CAP: _____				
Comune di residenza: _____																		(Prov. _____)				
<input type="checkbox"/> Coniuge			<input type="checkbox"/> Figlio/a (fino a 26 anni)			<input type="checkbox"/> Convivente o Figlio/a (oltre 26 anni)			<input type="checkbox"/> Genitore			<input type="checkbox"/> Fratello/Sorella										

## MODULO DI VARIAZIONE DELL'OPZIONE SANITARIA – Procuratori Volontari

**ATTENZIONE:** per la validità del modulo, allegare **OBBLIGATORIAMENTE** copia tessera sanitaria e documento di identità di ogni iscritto

**IL PRESENTE MODULO DOVRÀ ESSERE FIRMATO ED INVIATO AL FONDO SANITARIO IN VIA TELEMATICA AL SEGUENTE INDIRIZZO:**  
**NOREPLY-MODULIPROSECUTORI@FASIE.IT**

**In alternativa il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo:**  
**FASIE – VIA BENEDETTO CROCE, 40 – 00142 ROMA (RM)**

<b>FAMILIARE</b>	
Cognome: _____	Nome: _____
Codice Fiscale	Data di nascita                             Sesso M     F
Comune e Stato di nascita: _____ (Prov. _____)	
Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____	
Comune di residenza: _____ (Prov. _____)	
<input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figlio/a (fino a 26 anni) <input type="checkbox"/> Convivente o Figlio/a (oltre 26 anni) <input type="checkbox"/> Genitore <input type="checkbox"/> Fratello/Sorella	

**Mi impegno a comunicare ogni variazione dei dati anagrafici miei e dei miei familiari. 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, altresì, ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo FASIE e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione.**

**DICHIARO di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti.**

La presente richiesta dovrà essere inviata al FASIE entro il 1° Dicembre con decorrenza 1° Gennaio dell'anno successivo.

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

Data compilazione: \_\_\_\_\_ Firma del procuratore: \_\_\_\_\_

Si allegano, per ciascun iscritto:

- copia del documento di riconoscimento
- copia della tessera sanitaria

### Consenso al trattamento dei dati personali – GDPR – Regolamento UE (2016/679)

Dichiaro di aver letto e compreso l'informativa allegata al presente modulo ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute, per le finalità di cui al punto 1 (Finalità del trattamento). Il consenso è esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

Data compilazione: \_\_\_\_\_ Firma del procuratore: \_\_\_\_\_

**Firma dei Familiari** (se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela):

(1) _____	_____
NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO IN STAMPATELLO	FIRMA LEGGIBILE
(2) _____	_____
NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO IN STAMPATELLO	FIRMA LEGGIBILE
(3) _____	_____
NOME E COGNOME DELL'INTERESSATO IN STAMPATELLO	FIRMA LEGGIBILE

## MODULO DI VARIAZIONE DELL'OPZIONE SANITARIA

**ATTENZIONE: per la validità del modulo, allegare OBBLIGATORIAMENTE copia tessera sanitaria e documento di identità di ogni iscritto**

**IL PRESENTE MODULO DOVRA' ESSERE FIRMATO ED INVIATO AL FONDO SANITARIO IN VIA TELEMATICA AL SEGUENTE INDIRIZZO:  
NOREPLY-MODULIPROSECUTORI@FASIE.IT**

**In alternativa il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo:  
FASIE - VIA BENEDETTO CROCE, 40 - 00142 ROMA (RM)**

### INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE 2016/679)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 (nel seguito indicato semplicemente come "GDPR"), che prevede che la persona i cui Dati vengono trattati sia debitamente informata su tale trattamento, il Fondo FASIE (di seguito Fondo Sanitario) La informa che i Dati personali dei propri iscritti saranno trattati come segue:

#### 1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Sanitario, sono effettuati per:

- valutare la corretta posizione giuridica e contributiva del lavoratore aderente (nonché dei componenti del suo nucleo familiare, se ne è stata chiesta l'iscrizione) per la gestione delle prestazioni, secondo lo Statuto ed il Regolamento del Fondo;
- la gestione amministrativa delle quote contributive ed eventualmente per il recupero delle quote non versate;
- finalità connesse al necessario espletamento di attività amministrative, contabili, fiscali, patrimoniali, statistico attuariali, al funzionamento istituzionale del Fondo e al rinnovo degli Organi collegiali;
- consentire agli aderenti di conoscere l'attività del Fondo sanitario e quindi di essere aggiornati sulle materie attinenti ai servizi offerti. I dati potranno essere utilizzati per inviare con varie modalità agli associati comunicazioni istituzionali quali notiziari, bollettini, newsletter e materiale informativo;
- 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.

La base giuridica del trattamento è costituita, per i dati ordinari, dall'esecuzione del contratto associativo di cui l'interessato è parte, in particolare statuto e regolamento del Fondo, per le categorie particolari di dati (dati sanitari) dal consenso esplicito prestato dall'interessato in relazione al contratto associativo di cui è parte.

#### 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. Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti.

#### 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. Il FASIE non adotta alcun processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione, di cui all'articolo 22, paragrafi 1 e 4, del Regolamento UE n. 679/2016. 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 e preposti dal Fondo sanitario alla riscossione dei contributi e al pagamento delle prestazioni;
- compagnie di assicurazione incaricate della gestione delle risorse del Fondo Sanitario;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici, debitamente nominate Responsabili del trattamento;
- pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente.
- I dipendenti e/o collaboratori e/o professionisti consulenti del Fondo Sanitario incaricati delle relative operazioni di trattamento
- Società che effettuano per conto del Fondo Sanitario servizi postali informatizzati per l'invio di comunicazioni agli associati ed a soggetti interessati alle attività di assistenza sanitaria integrativa, debitamente nominati responsabili del trattamento;

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. CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Le comunichiamo le categorie di dati personali che verranno trattati per le finalità di cui sopra: i dati personali di natura anagrafica comprese le coordinate bancarie dove sono accreditati i benefici economici (Codici IBAN) e i dati attinenti alla salute fisica, comprese le prestazioni di assistenza sanitaria in grado di rivelare informazioni relative al suo stato di salute;

- dall'impresa presso la quale lavora alla quale ha manifestato l'intenzione di iscriversi al Fondo Sanitario (dati anagrafici e/o Iban)

- dalla struttura convenzionata presso la quale ha usufruito di prestazioni rimborsabili da parte del Fondo Sanitario (dati sanitari)

#### 6. PERIODO DI CONSERVAZIONE

A meno che l'Interessato non esprima esplicitamente la propria volontà di rimuoverli, i dati personali saranno conservati fino a che saranno necessari rispetto alle legittime finalità per le quali sono stati raccolti. In particolare, i dati contabili (inclusi i dati dei rimborsi effettuati) saranno conservati per il periodo di conservazione obbligatoria per le scritture contabili; i dati sanitari verranno conservati per il periodo di prescrizione ordinaria di 10 anni a partire dalla data della richiesta di rimborso.

#### 7. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Il GDPR riconosce il diritto di accesso ai suoi dati, di chiederne la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento, di opporsi al loro trattamento ed il diritto alla portabilità dei suoi dati. Per meglio comprendere tali diritti, ricordiamo che essi sono elencati negli articoli 15 (diritto di accesso), 16 (diritto di rettifica), 17 (diritto alla cancellazione), 18 (diritto di limitazione del trattamento), 20 (diritto alla portabilità dei dati) e 21 (diritto di opposizione) del GDPR.

#### 8. TITOLARE E RESPONSABILI

Titolare del trattamento dei dati è il Fondo Sanitario FASIE, con sede in Piazzale Luigi Sturzo, 31 - 00144 Roma. Il DPO è contattabile all'indirizzo mail [privacy.fasie@gmail.com](mailto:privacy.fasie@gmail.com). Il responsabile esterno del trattamento per i servizi amministrativi è UniSalute Servizi S.r.l. - Divisione SiSalute ([www.si-salute.it](http://www.si-salute.it)), con sede in Via Larga n. 8 - 40138 Bologna.