RBM SALUTE S.p.A.

MODULO DI ADESIONE PIANO SANITARIO INFN

PERSONALE IN QUIESCENZA

Il presente modulo dovrà pervenire a RBM Salute S.p.A. al seguente indirizzo:
via Enrico Forlanini, 24 30122 Loc. Borgo Verde Preganziol (TV)

IO SOTTOSCRITTO:

Cognome: _____ Nome: _____

C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F Nato il |__|__|__|__|__|__|__|__| A _____

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Indirizzo e-mail: _____ @ _____ Recapito telefonico : (ph.) _____ (mob.) _____

Recapito Corrispondenza (solo se diverso da residenza)

di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Coordinate Bancarie dell'aderente per eventuali rimborsi : codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente)

☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

CHIEDO

di aderire alle coperture sanitarie dedicate ad INFN da RBM Salute; **IMPEGNANDOMI** a versare il premio[1] a mio carico nonché a provvedere al relativo versamento, con le modalità e secondo i termini stabiliti in polizza.

CHIEDO
(eventuale)

di inserire in copertura con RBM Salute i miei familiari (risultanti da stato di famiglia), come definiti dal Fascicolo Informativo di Riferimento, come di seguito individuati e **MI IMPEGNO** a versare il premio[1] a mio carico nonché a provvedere al relativo versamento.

Coniuge*

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No**

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F Nato il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

(in alternativa) Convivente *more uxorio → Dichiaro di convivere more uxorio con:**

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No**

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F Nato il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Figlio*

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No**

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F Nato il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Figlio*

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No**

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F Nato il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

[1] Per i dettagli relativi gli importi a proprio carico si rinvia all'allegata "Tabella Premi"

INFN Istituto Nazionale di Fisica Nucleare

RBM Salute N. 1 NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Figlio*

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No**

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F Nato il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

Figlio*

Cognome: _____ Nome: _____ Fiscalmente a carico ☐Sì ☐No**

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F Nato il: |__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di residenza _____ CAP _____

Comune di residenza _____ Prov (_____) Nazione _____

* Risultante da Stato di Famiglia e iscrivibili qualora aderisca l'intero nucleo familiare.

* I figli non a carico, senza limiti di età, sono iscrivibili qualora aderisca l'intero nucleo familiare.

TABELLA PREMI		
Personale in Quiescenza → € 609,90	**Familiare Fisc. a Carico → € 548,91**	**Familiare Non Fisc. a Carico → € 609,90**

I premi sopra riportati dovranno essere versati entro i termini previsti in polizza direttamente dal Titolare della copertura sanitaria utilizzando le seguenti coordinate bancarie:

Intestatario C/C: **RBM SALUTE S.p.A.** Cod. IBAN: **IT79N0622561805100000000915** Codice BIC: **IBSPIT2P**

Data compilazione: _____ **Firma del Dichiarante:** _____

Il/la sottoscritto/a:

- ✓ dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento al carico fiscale del coniuge e dei figli e allo stato di convivenza, sono corrispondenti alla realtà
- ✓ dichiara espressamente che tutti i familiari per i quali si chiede l'iscrizione sono facenti parte del proprio stato di famiglia;
- ✓ autorizza INFN, fino a revoca, a trattenere sulle proprie competenze l'importo relativo i premi a mio carico per le coperture sanitarie rese disponibili per il tramite di RBM Salute. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del/la sottoscritto/a a RBM Salute secondo le modalità previste dal mio piano sanitario;
- ✓ dichiara di conoscere la normativa sottoscritta tra RBM Salute e la INFN, di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva o eccezione, in particolare per quanto riguarda i criteri di rimborso (cfr. capitolati);
- ✓ si impegna a comunicare tempestivamente, entro i termini previsti, le variazioni intervenute nel corso dell'anno che danno diritto all'inserimento e/o all'esclusione dall'assistenza;
- ✓ autorizza la INFN ad aggiornare i dati anagrafici dei familiari in conformità a quanto sopra segnalato.

Data compilazione: _____ **Firma dell'Aderente:** _____

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 dell'Aderente:** _____

Il modulo di adesione dovrà essere consegnato al proprio datore di lavoro per la trasmissione a RBM Salute (Preganziol, via Enrico Forlanini, 24).

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

Da compilarsi a cura dell'Azienda

Dati dell'Azienda

Data di ricezione del modulo di adesione:_____ Timbro e firma del datore di lavoro: _____

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), RBM Salute S.p.A., di seguito per brevità la Compagnia, in qualità di Titolare del Trattamento, fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei Suoi dati personali e sulla tutela dei Suoi diritti. Al fine di fornirLe una chiara ed esaustiva informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentandoLe che, ai sensi dell' art. 23 del Codice Privacy, sarà necessario acquisire il Suo consenso scritto, che vorrà manifestare compilando la relativa scheda, si precisa quanto segue.

1. DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

I dati personali, che possono formare oggetto di trattamento possono essere comuni o anche sensibili.

Ai sensi del summenzionato Codice Privacy, sono comuni, a titolo esemplificativo, i seguenti dati personali, anagrafici ed identificativi: cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; coordinate bancarie; impresa o ex impresa di appartenenza; cognome e nome, grado di parentela, sesso, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili i dati personali di tipo sanitario, idonei a rilevare lo stato di salute (certificati medici e ogni altra documentazione medica presentata) oltre, a titolo di completezza, i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale.

I dati comuni e sensibili da Lei conferiti e le eventuali variazioni di tali dati che Ella comunicherà in futuro alla Compagnia saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate.

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti alla Compagnia, sono effettuati:

- 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 e di controllo a cui la Compagnia è soggetta (ad es. ai sensi della normativa contro il riciclaggio, in materia di accertamenti fiscali, etc.); il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il Suo consenso.
- per la finalità di erogare, ai soggetti aventi i requisiti statutari previsti e nell'ambito di un sistema di mutualità, prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, il trattamento consiste nell'iscrizione alla Compagnia; nella lavorazione delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari; nella liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e di quelle in convenzione diretta. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso: il rifiuto di fornirlo può comportare l'impossibilità per la Compagnia a prestare il servizio.
- per finalità accessorie a quelle della Compagnia quali, a titolo esemplificativo, per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche. Il conferimento dei Suoi dati per tali finalità è facoltativo e il loro mancato rilascio non incide sui rapporti in essere. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso.

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali o elettronici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi.

All'uopo si precisa ulteriormente che il trattamento dei dati personali è effettuato in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito e non conforme alle finalità della raccolta. In particolare, nel trattamento dei dati, la Compagnia, e così pure i responsabili a ciò preposti, si avvarranno di misure organizzative, fisiche e logiche idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni più idonea misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati stessi, quali controlli periodici, custodia in armadi chiusi, dispositivi antincendio e continuità elettrica, identificazione utente, controllo anti virus, backup periodici, etc.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori della Compagnia, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità della Compagnia stessa e in conformità alle istruzioni che saranno dal medesimo impartite, nonché da consulenti, dipendenti di società esterne riconducibili ad alcuno dei soggetti di cui al successivo punto 3.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento di talune attività, la Compagnia ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli per l'effettuazione di procedure 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 delle pratiche di rimborso in genere.

I dati personali, possono essere comunicati ai seguenti soggetti:

- Compagnie di Assicurazione e Riassicurazione, Service amministrativi, Società incaricate della gestione dei servizi di Centrale Operativa e di Contact Center, delle richieste di rimborso e delle pratiche relative all'accesso in regime di assistenza diretta alle strutture convenzionate, della gestione dei collegamenti informatici, delle attività di consulenza, nonché di altre attività connesse a quelle indicate, della cui collaborazione la Compagnia si avvale;
- Istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuto per le prestazioni;
- Struttura medica alla quale Ella intende rivolgersi;
- Società che gestiscono servizi postali informatizzati;
- consulenti medici, legali e tributari della Compagnia.

Tali soggetti utilizzeranno i dati in qualità di autonomi "titolari" o di "responsabili" di specifici trattamenti in base ad accordi contrattuali con la Compagnia.

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

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

6.COOKIES

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. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

7. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center della Compagnia potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa concernente la suddetta possibilità sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato, che registrerà le chiamate in entrata. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato.

Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato – dipendenti e/o collaboratori del Call center – i quali, in qualità di incaricati del trattamento dati, svolgono il servizio di assistenza tecnica e/o coordinamento dei servizi di Customer Care.

8. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è: RBM Salute S.p.A. con sede in Preganziol, via Enrico Forlanini n. 24.

L'elenco dei Responsabili del Trattamento, all'occorrenza, potrà essere direttamente richiesto alla Compagnia.