

Modulo di adesione al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita per il personale associato/comandato presso l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare - CIG 9181075EC1

DATI RICHIEDENTE:

Da compilare in stampatello da parte del richiedente. Tutti i dati sotto riportati sono obbligatori.

COGNOME NOME

NATO A PROVINCIA IL (GG/MM/AAAA)

RESIDENTE A PROVINCIA C.A.P.

INDIRIZZO TELEFONO

EMAIL (leggibile) C.F.

CONTRIBUTO A CARICO DEL RICHIEDENTE

CONTRIBUTO ANNUALE LORDO: € 1.227,05

Il sottoscritto (di seguito il "Richiedente"), come in precedenza identificato, dichiara di aver preso visione e di accettare il Regolamento, lo Statuto ed il Piano di Assistenza Sanitaria per i dipendenti dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita (di seguito, il "Fondo") interamente disponibile presso l'azienda nonché presso il sito internet del Fondo www.postevitafondosalute.it nell'area riservata assistito, in particolare dichiara di essere a conoscenza e di accettare le condizioni del Piano Sanitario di Assistenza Sanitaria destinato al personale associato/comandato ed ai relativi familiari, così come previste dalla Sezione III C e dalle condizioni di copertura specificamente applicabili a ciascuna delle categorie di personale assicurate. Il Richiedente dichiara di essere a conoscenza che le prestazioni oggetto del Piano Sanitario saranno erogate da parte della Compagnia assicurativa Poste Assicura S.p.A. relativamente ai rischi garantiti, in conformità a quanto indicato nelle relative condizioni di copertura disponibili presso l'Azienda. Ogni diritto relativo alla valutazione delle prestazioni e alla loro liquidazione a favore del richiedente deriva esclusivamente dal contratto assicurativo stipulato dal Fondo con la predetta Compagnia, che, pertanto, è integralmente responsabile dell'erogazione delle prestazioni previste nel Piano Sanitario, rimanendo esclusa, per qualsiasi titolo, ogni responsabilità del Fondo medesimo. Maggiori informazioni relative alle prestazioni, nonché alle modalità mediante le quali richiedere la loro erogazione, sono disponibili nel Piano di Assistenza Sanitaria per i dipendenti dell'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare e/o nella summenzionata documentazione del Fondo. È onere del Fondo consegnare o, in ogni caso, rendere disponibile al richiedente lo Statuto ed il Regolamento del Fondo, la Guida al Piano Sanitario dedicato, il Nomenclatore e l'estratto delle Condizioni di Assicurazione.

DATA/...../.....


FIRMA RICHIEDENTE

Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali che mi è stata consegnata per conto dei Titolari del trattamento dal datore di lavoro ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679/ " (GDPR) e comunque disponibile sul sito www.postevitafondosalute.it, apponendo la mia firma nello spazio sottostante, manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali "particolari" relativi alla salute come previsto dall' art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679. Tali dati sono necessari per l'erogazione dei servizi e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita, dalle Compagnie Postevita S.p.A. (caso di polizze ramo Vita) e Poste Assicura S.p.A., (caso di polizze ramo Danni) in qualità di Titolari, nonché da Poste Welfare Servizi che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

DATA/...../.....


FIRMA RICHIEDENTE

Modulo di adesione al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita per il personale associato/comandato presso l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare - CIG 9181075EC1

Il richiedente, oltre alla propria iscrizione, chiede di inserire in copertura i propri familiari (risultanti dallo stato di famiglia), come definiti dal Piano Sanitario di riferimento e come di seguito individuati, impegnandosi a versare la contribuzione a proprio carico per ciascun familiare.

Tutti i dati sono obbligatori		
Coniuge/Partner unito civilmente fiscalmente a carico		Contributo: € 981,64
Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	Data di nascita:	
C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Coniuge/Partner unito civilmente non fiscalmente a carico/Convivente more uxorio		Contributo: € 1.104,34
Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	Data di nascita:	
C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Figlio		Contributo: € 858,93
<input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> non convivente, ma studente di età fino a 26 anni		
Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	Data di nascita:	
C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Figlio		Contributo: € 858,93
<input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> non convivente, ma studente di età fino a 26 anni		
Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	Data di nascita:	
C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Figlio		Contributo: € 858,93
<input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> non convivente, ma studente di età fino a 26 anni		
Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	Data di nascita:	
C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Figlio		Contributo: € 858,93
<input type="checkbox"/> convivente <input type="checkbox"/> non convivente, ma studente di età fino a 26 anni		
Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	Data di nascita:	
C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Familiare	Parentela:	Contributo: € 1.840,57
Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	Data di nascita:	
C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Familiare	Parentela:	Contributo: € 1.840,57
Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	Data di nascita:	
C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Familiare	Parentela:	Contributo: € 1.840,57
Cognome:	Nome:	
Luogo di nascita:	Data di nascita:	
C.F.:	Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	

Modulo di adesione al Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita per il personale associato/comandato presso l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare - CIG 9181075EC1

Il/La sottoscritto/a:

- **dichiara** che i dati inseriti corrispondono alla realtà;
- **dichiara** che tutti i familiari per i quali si chiede l'iscrizione fanno parte del proprio stato di famiglia;
- **dichiara** di aver preso visione e di accettare le condizioni contrattuali che disciplinano il Piano Sanitario;
- **si impegna** a comunicare tempestivamente all'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare le variazioni intervenute nel corso dell'anno che danno diritto all'inserimento e/o all'esclusione dell'assistenza;
- **autorizza** l'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare ad aggiornare i dati anagrafici anche dei familiari sulla base di quanto precedentemente indicato;
- **si impegna** a versare i contributi dovuti a suo carico (per il richiedente + eventuali familiari) mediante bonifico bancario a favore del Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Postevita sul **codice IBAN n. IT72J030691271110000010798**.
La causale dovrà riportare: NFN300, anno, Nome e Cognome del richiedente.

DATA/...../.....



.....
FIRMA RICHIEDENTE



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI per la stipula e gestione coperture assicurative presso l'INFN

1. PERCHÉ QUESTA INFORMATIVA

La presente informativa viene resa ai sensi del Regolamento UE 2016/679, Regolamento Generale per la Protezione dei Dati (nel seguito Regolamento) e del D.Lgs. 30 giugno 2003 n. 196 e ss.mm.ii., Codice in materia di protezione dei dati personali, al fine di informare le persone fisiche che forniscono i propri dati personali all'Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN nel seguito) su come questi sono raccolti, utilizzati, consultati o altrimenti trattati, nonché la misura in cui sono o saranno trattati per le finalità indicate nella presente informativa.

2. IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Il Titolare del trattamento dei dati è Istituto Nazionale di Fisica Nucleare (INFN) Via E. Fermi n. 54, Frascati (Roma), e-mail: presidenza@presid.infn.it; PEC: amm.ne.centrale@pec.infn.it

3. IL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Il responsabile per la protezione dei dati è raggiungibile all'indirizzo e-mail dpo@infn.it

4. NATURA DEI DATI TRATTATI, BASE GIURIDICA E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I dati raccolti sono trattati dall'INFN per provvedere alla stipula e alla gestione delle polizze assicurative per conto e a tutela dei propri organi, personale, collaboratori, assegnisti, borsisti, personale in quiescenza, e loro familiari in adempimento di obblighi legislativi e/o contrattuali o per interessi legittimi dell'INFN o dei soggetti interessati.

I dati personali oggetto di trattamento per le finalità sopra specificate, sono i seguenti: dati personali comuni (anagrafici e di contatto, ivi incluso indirizzo mail; fiscali e bancari, ente e qualifica di appartenenza, persone terze di contatto; dati identificativi di autoveicolo). Categorie particolari di dati personali, quali quelli che rivelino l'origine razziale o etnica, i dati relativi alla salute o all'orientamento sessuale, sono trattati esclusivamente nel limite necessario ad adempiere gli obblighi del titolare del trattamento nell'ambito delle finalità sopra descritte.

Il conferimento dei dati personali è necessario per la stipula e la gestione delle polizze anzidette e il mancato conferimento determina l'impossibilità di provvedere alla relativa copertura assicurativa.

Dati diversi ed ulteriori potranno essere trattati soltanto a seguito dell'acquisizione di esplicito consenso degli interessati.

I dati acquisiti potranno essere trattati anche per fini di studio e statistici, nel rispetto della normativa vigente.

5. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

L'INFN tratta dati personali, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, in conformità ai principi di cui all'art. 6 del Regolamento UE 2016/679.

Il trattamento è effettuato presso gli Uffici competenti dell'INFN.

I dati potranno essere trattati dal personale o da collaboratori dell'INFN o da eventuali soggetti terzi espressamente individuati come responsabili del trattamento e non saranno comunicati ad altri terzi né diffusi, se non nei casi previsti dal diritto nazionale o europeo. L'INFN non adotta processi decisionali automatizzati, né esegue attività di profilazione mediante i dati personali raccolti.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali potranno essere trasferiti in Paesi terzi o presso organizzazioni internazionali, se necessario, per consentire l'espletamento degli obblighi scaturenti dai contratti assicurativi.

7. COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE

Per adempiere alle finalità sopra descritte, l'INFN provvede alla comunicazione dei dati personali alle Società a ciò preposti, quali:

- Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa Poste Vita; Poste Assicura S.p.A.;
- Ital Brokers S.p.A.

È prevista la comunicazione di dati a:

- personale INFN che ne faccia richiesta, per le finalità istituzionali dell'Istituto o in osservanza di obblighi legislativi;
- soggetti esterni, individuati come Responsabili del trattamento;
- collaboratori, professionisti, consulenti o agli Uffici delle Avvocature in caso di contenzioso e tutela in giudizio;
- Enti, Amministrazioni o Autorità in esecuzione di obblighi di legge;
- altri soggetti che facciano richiesta di accesso nei limiti consentiti ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241;
- forze di polizia, all'autorità giudiziaria, a organismi di informazione e sicurezza o ad altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione dei reati.

Ad eccezione dei casi sopradetti i dati raccolti non saranno oggetto di diffusione o comunicazione a terzi, se non nei casi previsti dalla legge e con le modalità da queste consentite.

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

L'INFN tratta i dati personali raccolti presso ciascun interessato per la durata del contratto delle polizze, nonché, successivamente, in conformità con quanto disposto dal Regolamento UE 2016/679, per le finalità di archiviazione connesse agli obblighi cui è tenuta la pubblica amministrazione.

9. DIRITTI DEGLI INTERESSATI

L'INFN riconosce e garantisce ad ogni interessato i cui dati sono trasferiti dal concorrente all'Amministrazione, la conferma, l'accesso, la rettifica, limitazione, cancellazione, la portabilità e il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali che lo riguardano. L'INFN garantisce il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante del Trattamento dei dati personali circa il trattamento effettuato.

I diritti indicati possono essere esercitati con apposita richiesta rivolta al Titolare o al responsabile per la protezione dei dati personali, trasmessa via posta elettronica all'indirizzo e-mail dpo@infn.it o lettera raccomandata all'indirizzo della sede legale del Titolare. Per l'esercizio dei diritti, la richiesta può essere formulata anche oralmente e rinnovata, salvo giustificati motivi, con intervallo non minore di novanta giorni. Per l'esercizio dei diritti è consentito conferire delega, per iscritto, a diverso soggetto e altresì farsi assistere da una persona di fiducia.

DATA/...../.....

.....
FIRMA RICHIEDENTE
(ho preso visione e accetto)