

Modulo di adesione al FONDO ALTEA

(in applicazione del CCNL Laterizi e Manufatti Industria stipulato da Feneal-Uil, Filca-Cisl, Fillea-Cgil e Andil e Assobeton)

da compilare e restituire firmato a:

Fondo Altea, Via Farini, 17 00185 Roma – mail: fondoaltea@pec.it

AFFINCHÉ IL FONDO SANITARIO ALTEA POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATI DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso Fondo Altea non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data	Nome e cognome _____
	e C.F. _____ del titolare di polizza (in stampatello)
	Firma dell'interessato _____

Il contributo per l'attivazione del presente Piano sanitario è definito dalle disposizioni del vigente Contratto Collettivo Nazionale di lavoro ed è pari a 9 euro mensili, di cui 6 a carico dell'impresa e 3 a carico del lavoratore.

Il sottoscritto autorizza l'Azienda a trattenere dai compensi a me spettanti la somma di 3 euro mensili a titolo di contribuzione ad Altea (mandato che cessa in caso di dimissioni, licenziamento o revoca dell'iscrizione)

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO:

Il Sottoscritto/a			Data assunzione		
Ragione sociale azienda			CCNL di appartenenza : Laterizi e Manufatti Industria Andil/Assobeton		
Nato a		Il	Codice Fiscale		
Residente in via			CAP	Città	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)			CAP	Città	Prov
N° tel.		Tel cell.	E-mail		
Luogo di lavoro in via			CAP	Città	Prov

DATI RIGUARDANTI L'IMPRESA:

Ragione Sociale		Stabilimento di	Codice Fiscale		
Data ricevimento domanda			Tel	Fax	
Email		Provincia	Timbro e firma		

CHIEDE

L'adesione a FONDO ALTEA e si impegna ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo.

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

Originale per invio ad Altea

Modulo di adesione al FONDO ALTEA

(in applicazione del CCNL Laterizi e Manufatti Industria stipulato da Feneal-Uil, Filca-Cisl, Fillea-Cgil e Andil e Assobeton)

da compilare e restituire firmato a:
Fondo Altea, Via Farini, 17 00185 Roma – mail: fondoaltea@pec.it

AFFINCHÉ IL FONDO SANITARIO ALTEA POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATI DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso Fondo Altea non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data	Nome e cognome _____
	e C.F. _____ del titolare di polizza (in stampatello)
	Firma dell'interessato _____

Il contributo per l'attivazione del presente Piano sanitario è definito dalle disposizioni del vigente Contratto Collettivo Nazionale di lavoro ed è pari a 9 euro mensili, di cui 6 a carico dell'impresa e 3 a carico del lavoratore.

Il sottoscritto autorizza l'Azienda a trattenere dai compensi a me spettanti la somma di 3 euro mensili a titolo di Contribuzione ad Altea (mandato che cessa in caso di dimissioni, licenziamento o revoca dell'iscrizione)

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO:

Il Sottoscritto/a			Data assunzione		
Ragione sociale azienda			CCNL di appartenenza: Laterizi e Manufatti Industria Andil/Assobeton		
Nato a		il	Codice Fiscale		
Residente in via		CAP	Città		Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Città		Prov
N° tel.		Tel cell.		E-mail	
Luogo di lavoro in via		CAP	Città		Prov

DATI RIGUARDANTI L'IMPRESA:

Ragione Sociale		Stabilimento di		Codice Fiscale	
Data ricevimento domanda			Tel		Fax
Email		Provincia		Timbro e firma	

CHIEDE

L'adesione a FONDO ALTEA e si impegna ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo.

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

Copia per l'azienda

Modulo di adesione al FONDO ALTEA

(in applicazione del CCNL Laterizi e Manufatti Industria stipulato da Feneal-Uil, Filca-Cisl, Fillea-Cgil e Andil/Assobeton)

da compilare e restituire firmato a:
Fondo Altea, Via Farini, 17 00185 Roma – mail: fondoaltea@pec.it

AFFINCHÉ IL FONDO SANITARIO ALTEA POSSA TRATTARE I SUOI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI RIPORTATI DI SEGUITO

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative
(Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso Fondo Altea non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data	Nome e cognome _____
	e C.F. _____ del titolare di polizza (<i>in stampatello</i>)
	Firma dell'interessato _____

Il contributo per l'attivazione del presente Piano sanitario è definito dalle disposizioni del vigente Contratto Collettivo Nazionale di lavoro ed è pari a 9 euro mensili, di cui 6 a carico dell'impresa e 3 a carico del lavoratore.

Il sottoscritto autorizza l'Azienda a trattenere dai compensi a me spettanti la somma di 3 euro mensili a titolo di Contribuzione ad Altea (mandato che cessa in caso di dimissioni, licenziamento o revoca dell'iscrizione)

DATI ANAGRAFICI DELL'ISCRITTO:

Il Sottoscritto/a			Data assunzione		
Ragione sociale azienda			CCNL di appartenenza: Laterizi e Manufatti Industria Andil/Assobeton		
Nato a		il	Codice Fiscale		
Residente in via		CAP	Città		Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		CAP	Città		Prov
N° tel.		Tel cell.		E-mail	
Luogo di lavoro in via		CAP	Città		Prov

DATI RIGUARDANTI L'IMPRESA:

Ragione Sociale		Stabilimento di		Codice Fiscale	
Data ricevimento domanda			Tel		Fax
Email		Provincia		Timbro e firma	

CHIEDE

L'adesione a FONDO ALTEA e si impegna ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo.

Luogo e data _____ Firma (leggibile) _____

Copia per il lavoratore

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 Sanitario Altea, di seguito per brevità il Fondo, 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 esauriente 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.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

I dati personali, che possono formare oggetto di trattamento possono essere comuni e 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 al Fondo saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate.

Perché Le chiediamo i dati

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo, 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 il Fondo è soggetto (ad es. 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, tramite compagnia di assicurazione, ai soggetti aventi i requisiti statuari previsti e nell'ambito di un sistema di mutualità, prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale. In particolare, il trattamento consiste nell'iscrizione al Fondo; nella lavorazione delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari; nella liquidazione, sulla base della convenzione con la compagnia di assicurazione, 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 fornirli può comportare l'impossibilità per il Fondo a prestare il servizio.
- per finalità accessorie a quelle del Fondo 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.

Modalità del trattamento dei dati

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività del Fondo Sanitario per il perseguimento delle finalità statuarie e in particolare al fine di fornire agli iscritti e relativi familiari prestazioni integrative e/o migliorative di quelle erogate dal S.S.N. in occasione di malattie e infortuni, mediante concessione agli iscritti di erogazione di natura economica sia in forma diretta che mediante rimborso.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali o elettronici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo stesso e in conformità alle istruzioni che saranno dal medesimo impartite, nonché da consulenti e dipendenti di società esterne.

Comunicazione dei dati

Per lo svolgimento di talune attività, il Fondo 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 il Fondo si avvale;
- Istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuti per le prestazioni;
- Struttura medica alla quale intende rivolgersi;
- Società che gestiscono servizi postali informatizzati;
- consulenti medici, legali e tributari del Fondo.

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

Dritti 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.

Titolare e responsabile del trattamento

Titolare del trattamento è il Fondo Sanitario Altea con sede legale in Via Antonio Sogliano, 87 - 00164 ROMA.

Responsabile del trattamento è la società Cassagest S.r.l. con sede legale in via del Commercio 36- 00154 ROMA