



Modulo integrativo Familiari a carico

DATI ANAGRAFICI

(*) I campi con l'asterisco sono obbligatori

Il/La Sottoscritto/a *Cognome _____ * Nome _____

Codice Fiscale * Sesso * F M

Telefono * _____ Cellulare * _____

Indirizzo e-mail * _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità, **in qualità di Socio** della SMS Controllo & Benessere, CHIEDE di iscrivere i seguenti familiari ad integrazione del sussidio sanitario precedentemente sottoscritto:

Parentela	Cognome e nome	Data di nascita	Luogo di nascita	Codice Fiscale
Coniuge o convivente <i>more-uxorio</i>				
Figlio 1°				
Figlio 2°				
Figlio 3°				
Figlio 4°				

per un **CONTRIBUTO AGGIUNTIVO ANNUALE** pari ad € _____,00

(indicare il totale dovuto come da Tabelle allegate)

DICHIARANDO di conoscere ed approvare in ogni sua parte i contenuti dello Statuto e del Regolamento della Mutua, si impegna a versare periodicamente la quota aggiuntiva suddetta, con le modalità e secondo i termini stabiliti dalla normativa della Mutua. In particolare il/la sottoscritto/a prende atto che:

- la data di copertura decorre, a norma di Regolamento, dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della domanda e subordinata al pagamento della quota dovuta;
- la data di scadenza è la medesima prevista all'interno del sussidio sanitario già sottoscritto dal Socio firmatario del presente modulo integrativo.

Il/La sottoscritto/a infine si impegna formalmente, sotto la propria responsabilità, a comunicare immediatamente la modifica dei dati anagrafici; la Mutua non sarà responsabile delle mancate comunicazioni dovute a modifiche anagrafiche non tempestivamente comunicate.

MODALITA' DI PAGAMENTO

Modalità del 1° versamento: pagamento contestuale alla sottoscrizione del presente modulo.

Modalità versamenti successivi: le modalità dei versamenti successivi sono le stesse già stabilite all'interno del sussidio sanitario già sottoscritto dal Socio firmatario del presente modulo integrativo.

Modalità di pagamento 1° versamento:	<input type="checkbox"/>	Bonifico	<input type="checkbox"/>	Assegno
--------------------------------------	--------------------------	----------	--------------------------	---------

Luogo e data:	Firma del socio:
----------------------	-------------------------

AFFINCHÉ LA MUTUA POSSA OTTEMPERARE ALLA GESTIONE DELLE INFORMAZIONI ACQUISITE E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI.
Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative

(ex Art. 13 D. Lgs. 196/2003 e Regolamento UE 2016/679)

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il Socio, preso atto dell'informativa fornita ai sensi dell'art.13, del D. Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 e del Regolamento UE 2016/679, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Luogo e data:	Firma del socio:
---------------	------------------

* Per i figli minorenni firma del Socio/tutore legale

Firma dell'interessato titolare della copertura	Firma del coniuge o convivente <i>more-uxorio</i>
Firma del Figlio 1°	Firma del Figlio 2°
Firma del Figlio 3°	Firma del Figlio 4°

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 D. LGS 196/2003 E REGOLAMENTO UE 679/2016

La presente informativa disciplina le informazioni sul trattamento da parte della Mutua dei dati personali che sono comunicati al momento di adesione alla stessa, nonché di quelli raccolti nel corso del rapporto associativo, per l'attuazione di forme assistenziali in favore dei soci o dei familiari aventi diritto.

1. Finalità del trattamento

La raccolta ed il trattamento dei Suoi dati personali sono effettuati:

a) per attuare i fini istituzionali di CEB Mutua previsti dalle sue norme statutarie e regolamentari, allo scopo di erogare agli assistiti le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa rispetto al Servizio Sanitario Nazionale svolgendo e prestando tutte le necessarie attività amministrative. In particolare il trattamento dei dati viene svolto, *inter alia*: per l'iscrizione, sospensione o cessazione del vincolo associativo; per l'emissione e l'invio agli assistiti o alle aziende dei bollettini relativi alla riscossione dei contributi associativi e la successiva acquisizione attraverso una procedura di incassi automatizzata; per l'istruttoria delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari inerenti gli interventi assistenziali richiesti; per la liquidazione delle pratiche sanitarie in forma indiretta e delle pratiche sanitarie in regime di convenzione.

In tali casi, la base giuridica del trattamento consiste sia nella manifestazione del consenso espressa con la domanda di adesione da parte dell'interessato, sia nell'esecuzione di obblighi contrattuali da parte di CEB Mutua.

b) per una corretta esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché per ottemperare a provvedimenti emanati da pubbliche Autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza e di controllo a cui è soggetta CEB Mutua (si pensi ad esempio ad accertamenti di carattere tributario, ecc.). In tali casi, la base giuridica del trattamento consiste nell'adempimento di un obbligo legale ai sensi dell'art. 6.1, lett. c) del GDPR).

c) per la ricezione di comunicazioni, messaggi ed e-mail con contenuti informativi afferenti sia all'erogazione dei servizi previsti dal contratto sia alle attività di CEB Mutua con particolare riferimento ad informazioni su evoluzioni normative e promemoria sulle scadenze.

2. Natura del conferimento dei dati e conseguenze della mancata comunicazione dei dati

L'adesione alla Mutua può essere obbligatoria o volontaria.

Il conferimento dei dati è obbligatorio per la gestione del rapporto associativo. Il rifiuto a fornire i dati personali o la mancata prestazione del consenso al loro trattamento comporta l'impossibilità per CEB Mutua di procedere alla liquidazione delle prestazioni sanitarie richieste e di attuare le finalità di cui al punto 1.

3. Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice Privacy e all'art. 4 n. 2) GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato.

I Suoi dati personali sono oggetto di un processo di profilazione, esclusivamente per l'accesso all'Area Riservata Soci.

4. Categorie particolari di dati personali ("dati sensibili")

Ai sensi dell'art. 9 paragrafo 1 del GDPR, si considerano "dati sensibili" i "dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona".

Per l'attuazione dei propri scopi statutarie e regolamentari, e in particolare per la prestazione di servizi di assistenza sanitaria integrativa al Servizio Sanitario Nazionale, CEB Mutua tratta necessariamente i Suoi dati sensibili, quali ad esempio i dati relativi al Suo stato di salute o quello dei Suoi familiari.

Il trattamento dei dati sensibili che La riguardano avverrà con tutte le garanzie e nel rispetto dei limiti previsti dal GDPR. In particolare, il trattamento avrà ad oggetto solamente i dati strettamente pertinenti ai sopra indicati obblighi, compiti o finalità che non possano essere



adempiti o realizzati mediante il trattamento di dati anonimi o di dati personali di natura diversa.

Ai sensi dell'art. 9, paragrafo 2, lett. h) del GDPR, i dati sensibili possono essere trattati senza consenso laddove il trattamento sia necessario, *inter alia*, per la gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali sulla base del diritto italiano o dell'Unione Europea.

5. Comunicazione dei dati/Accesso ai dati

I Suoi dati personali e sensibili non sono oggetto di diffusione.

Per lo svolgimento delle finalità di cui al punto 1) della presente informativa, può avere la necessità di comunicare i Suoi dati personali a soggetti esterni di propria fiducia e segnatamente:

- a) a dipendenti e collaboratori del Titolare, nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema
- b) agli istituti di credito per i servizi bancari ed i pagamenti, alle società che gestiscono servizi postali informatizzati, società di archiviazione e stoccaggio documentale, altri soggetti fornitori di servizi collaterali in outsourcing
- c) alle strutture sanitarie e ai medici specialisti con i quali è in atto un rapporto convenzionale
- d) ai consulenti medici, al personale sanitario e ai consulenti legali
- e) alle compagnie di assicurazione o di riassicurazione o direttamente a terzi responsabili in caso di esercizio da parte della Cassa di azione di rivalsa
- f) agli enti e aziende esterni che forniscono servizi correlati all'erogazione di prestazioni previste dal contratto

I suddetti soggetti, a seconda dei casi, tratteranno i dati in qualità di autonomi titolari del trattamento o "responsabili del trattamento" a ciò debitamente incaricati in forza di accordi contrattuali redatti in conformità alle previsioni di cui all'articolo 28 del GDPR.

I Suoi dati personali non saranno trasferiti ad un Paese terzo extra UE o ad organizzazioni internazionali. Tuttavia, su esplicita richiesta dell'interessato (si pensi ad es. ai soci residenti all'estero), in osservanza delle disposizioni del GDPR, possono essere trasferiti anche fuori del territorio nazionale per effettuare il pagamento delle prestazioni presso banche estere.

6. Periodo di conservazione dei dati personali

I Suoi dati personali verranno conservati per tutta la durata del vincolo associativo ed anche successivamente alla cessazione dello stesso per il tempo necessario all'assolvimento di tutti gli applicabili obblighi di legge (ad es. di carattere fiscale) e/o adempimenti amministrativi connessi o derivanti dal vincolo associativo stesso.

7. Titolare del trattamento e Responsabile della Protezione dei Dati ("Data Protection Officer")

Il titolare del trattamento è Controllo & Benessere Società di Mutuo Soccorso, con sede in Via Eleonora Duse, 2 00197 Roma (RM), nella persona del legale rappresentante.

Ai fini dell'esercizio dei Suoi diritti di interessato di seguito elencati, il DPO (Data Protection Officer) può essere contattato all'indirizzo e-mail: dpo@cebmucia.it. I dati di contatto sono reperibili presso la sede del Titolare del trattamento.

L'elenco aggiornato dei responsabili del trattamento, ove richiesto, è disponibile presso la sede del Titolare del trattamento.

8. Diritti dell'interessato

In ogni momento, Lei potrà esercitare, ai sensi dell'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento, il diritto di:

- a) chiedere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali;
- b) ottenere le indicazioni circa le finalità del trattamento, le categorie dei dati personali, i destinatari o le categorie di destinatari a cui i dati personali sono stati o saranno comunicati e, quando possibile, il periodo di conservazione;
- c) ottenere la rettifica e la cancellazione dei dati;
- d) ottenere la limitazione del trattamento;
- e) (ove applicabile) ottenere la portabilità dei dati, ossia riceverli da un titolare del trattamento, in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, e trasmetterli ad un altro titolare del trattamento senza impedimenti;
- f) opporsi al trattamento in qualsiasi momento ed anche nel caso di trattamento per finalità di marketing diretto;
- g) opporsi ad un processo decisionale automatizzato relativo alle persone fisiche, compresa la profilazione;
- h) chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- i) revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
- j) proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, con sede in Roma, Piazza di Monte Citorio n. 121, sito web ufficiale dell'Autorità www.garanteprivacy.it.

L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito.

Allegati

- ✓ Copia fronte-retro di un documento di identità del richiedente
- ✓ Copia fronte-retro della tessera sanitaria del richiedente

In caso di iscrizione dei familiari:

- ✓ Certificato di Stato di famiglia
- ✓ Copia fronte-retro di un documento di identità per ciascun familiare
- ✓ Copia fronte-retro della tessera sanitaria per ciascun familiare