



DOMANDA DI ADESIONE AL FONDO SANITARIO ED ALLE PRESTAZIONI EROGATE DAL FONDO SANITARIO SANITALIA (FSS)

COGNOME _____	NOME _____
SESSO _____	CODICE FISCALE
DATA DI NASCITA _____	LUOGO DI NASCITA _____
COMUNE DI RESIDENZA _____	PROV _____
INDIRIZZO _____	N.CIVICO _____ INT. _____ CAP _____
CITTADINANZA _____	ATTIVITA' _____
TELEFONO _____	E-MAIL _____
SPONSOR _____	
BANCA _____	AGENZIA DI _____
COORDINATE IBAN; _____	

Nucleo Familiare (elencare tutti i nominativi delle persone appartenenti al nucleo familiare compreso il richiedente/titolare che intendono iscriversi a SANITALIA fruendo della contribuzione ridotta del 50%):

COGNOME NOME _____	SESSO _____	DATA DI NASCITA _____
COGNOME NOME _____	SESSO _____	DATA DI NASCITA _____
COGNOME NOME _____	SESSO _____	DATA DI NASCITA _____
COGNOME NOME _____	SESSO _____	DATA DI NASCITA _____
COGNOME NOME _____	SESSO _____	DATA DI NASCITA _____

MODALITA' DI PAGAMENTO:

- **CONTANTI**, presso tutte le agenzie territoriali convenzionale, entro i limiti consentiti dalla normativa vigente
- **BOLLETTINO POSTALE**, effettuando versamento sul c.c.p. 1033906189 intestato alla Tesoreria delegata **EXER** ®
- **BONIFICO BANCARIO** sul conto di tesoreria **EXER** ® - Coord. Iban IT 36 L 07601 12900 001033906189

COMBINAZIONE PRESCELTA:

- A)** Indennità diaria di €60, massimale annuo rimborsi prestazioni sanitarie €10.000. Contributo mensile* pari a €210 []
- B)** Indennità diaria di €45, massimale annuo rimborsi prestazioni sanitarie €4.500. Contributo mensile* pari a €100 []

*Qualora sia stato ammesso il pagamento del contributo annuale dovuto rateizzato mensilmente, a cura della finanziaria convenzionata.

Ai fini della detraibilità fiscale del contributo (Art. 13 bis lettera i-bis T.U.I.R. – D.P.R. 22.12.1986 nr. 917 e succ. modifiche ed integrazioni) e per la regolarità di quanto sopra, confermo di aver versato il contributo annuo relativo alla combinazione prescelta pari a Euro _____ (indicare importo secondo la combinazione prescelta). Si allega copia del versamento c/o tesoreria EXER ®. Causale: "SANITALIA – Periodo e Combinazione".

Dichiaro che tutti i dati riportati nella domanda di adesione sono conformi a verità e di avere preso visione degli atti e delle norme del Fondo Sanitario SANITALIA, dichiarando altresì che sia il richiedente che eventuali congiunti aderenti non si trovano, al momento, in stato di ricovero, malattia o infortunio.

_____ lì _____

_____ Il richiedente _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del Decreto Legislativo n°196/03 "Codice in materia di Protezione dei Dati Personali", e in relazione ai dati personali e sensibili che intendiamo trattare ai fini di poter svolgere la nostra attività, La/Vi informiamo di quanto segue:

- 1) Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali e sensibili richiesti o acquisiti è diretto esclusivamente all'espletamento da parte di Sanitalia delle finalità attinenti all'esercizio della propria attività e di quelle connesse ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- 2) Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e può consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni, nel rispetto delle misure minime di sicurezza previste dal D.P.R. 28 luglio 1999, n. 318;
- 3) L'eventuale rifiuto di conferire i dati può comportare l'impossibilità di svolgere ed eseguire i proponimenti di Sanitalia.
- 4) I dati personali e sensibili sono trattati con la massima riservatezza precludendone l'accesso a terzi.
- 5) I dati personali e sensibili possono essere comunicati unicamente a strutture sanitarie convenzionate per l'espletamento delle prestazioni limitatamente alla parte strettamente necessaria, nonché alle Pubbliche Amministrazioni ai sensi di legge.
- 6) I dati personali e sensibili non sono in alcun modo soggetti a diffusione.
- 7) Unicamente per le sole finalità di cui al punto 5, i dati personali e sensibili possono essere trasferiti fuori dal territorio nazionale.
- 8) L'articolo 7 del Decreto Legislativo n°196/03 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e sensibili e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenze dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.
- 9) Il titolare del trattamento è la Fondazione COFIT ETS nella persona del legale rappresentante pro-tempore. Responsabili per suo conto sono i soggetti forniti di poteri di rappresentanza, domiciliati presso la sede dell'ente gestore. I relativi dati identificativi possono essere acquisiti presso il Registro Pubblico tenuto dal Garante per la Protezione dei Dati Personali, nonché presso la sede dell'ente gestore del fondo (www.sanitalia.org).

CONSENSO

Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento, in ottemperanza del Decreto Legislativo n°196/03 "Codice in materia di Protezione dei Dati Personali", al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali, ivi compresi esplicitamente quelli sensibili di cui all'art. 23 del predetto Decreto Legislativo ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni delle vigente normativa.

Luogo e data _____

Firma del richiedente

1) _____

Firma dei familiari

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

N.B. : La presente domanda di adesione, unitamente al consenso per il trattamento dei dati personali e la ricevuta di versamento del premio annuale, è da trasmettere al Fondo ai seguenti recapiti:

POSTA: 41037 Mirandola (MO) C.P. 33 – FAX: 02.700537788 – MAIL: info@sanitalia.org