

**(DA COMPILARE SU CARTA INTESATA AZIENDALE)**

Spett.le  
**Cassa di Assistenza AreaSalus**  
Via del Bollo, 2A  
20123 Milano

**Oggetto: Programma RIMBORSO SPESE SANITARIE**

Richiediamo l'iscrizione al programma in oggetto con effetto .....  
I nominativi e/o categorie da assicurare e le relative opzioni sono riportati nell'allegato  
prospetto.

Restiamo in attesa di conoscere l'ammontare dei contributi dovuti per il periodo .....

Cordiali saluti

....., lì .....

**Programma RIMBORSO SPESE SANITARIE - SCHEDA ISCRITTO**

AZIENDA ASSOCIATA: .....

ISCRITTO: Cognome/Nome.....

Indirizzo .....

CAP ..... Città..... Provincia.....

Luogo e data Nascita .....

Cod. Fiscale .....

Qualifica Aziendale.....

(titolare, amministratore, dirigente, funzionario, impiegato ecc...)

Opzione prescelta.....

Composizione Nucleo Familiare (esclusi ascendenti e collaterali):

Cognome e Nome	Grado di Parentela (*)	NAC (**)	Data di Nascita	Codice Fiscale

**I: Iscritto – C:Coniuge - F:Figlia/Figlio**

(\*) indicare se trattasi di coniuge o convivente "more uxorio"

(\*\*) Indicare se trattasi di familiare "non a carico" o "non assistito" FASI, FASDAC o altro Fondo equivalente".

**Codice IBAN** intestato all'iscritto

Sigla Nazione	CIN IBAN	CIN	Codice ABI	Codice CAB	Codice CONTO CORRENTE

**N.B.: in ogni campo inserire uno e un solo carattere o cifra es.:**

Sigla Nazione	CIN IBAN	CIN	Codice ABI	Codice CAB	Codice CONTO CORRENTE
I	T	6	7	E	0 0 0 1 2 0 1 2 3 4 0 0 0 0 0 0 0 5 6 7 8 9

In caso di errata e lacunosa compilazione autorizzo il Broker/AreaSalus a contattarmi al seguente numero telefonico: .....

Indirizzo mail:.....


DECORRENZA ore 24,00 del.....



Firma iscritto




.....


....., lì .....


**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 ("GDPR")**


	<b>TITOLARE DEL TRATTAMENTO</b>	<p align="center"><b>Cassa di Assistenza Area Salus.</b> Sede Legale e Sede Operativa Milano: Via Del Bollo 2/A, 20123 Milano – Tel. 0272022932- Fax 0272022932 e-mail: <a href="mailto:info@areasalus.it">info@areasalus.it</a> – pec: <a href="mailto:areasalus@publicpec.it">areasalus@publicpec.it</a> – sito web <a href="http://www.areasalus.it">www.areasalus.it</a> di seguito definita ("Cassa").</p>
	<b>RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DATI (DPO)</b>	<p align="center">Massimo Prato Via Del Bollo 2/A, 20123 Milano – Tel. 0272022932- Fax 0272022932 e-mail: <a href="mailto:dpo@areasalus.it">dpo@areasalus.it</a></p>

	<p><b>DATI PERSONALI TRATTATI CHE POSSONO ESSERE TRATTATI</b></p> <p>Dati Personali: come a titolo esemplificativo: dati anagrafici, identificativi, di contatto, contabili, fiscali, etc.</p>
	<p><b>CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI</b></p> <p>Categorie particolari di dati: come a titolo esemplificativo: convinzioni religiose o filosofiche, dati relativi alla salute, etc..</p>

	FINALITÀ DEL TRATTAMENTO		BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO		PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI
	Finalità connesse a provvedere, per i propri associati, all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria integrativa ed a prestazioni assistenziali.		Obbligo contrattuale.		Durata contrattuale e, dopo la cessazione, per 10 anni.
	Adempiere ad obblighi previsti da regolamenti e dalla normativa nazionale e sovranazionale applicabile.		Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento, ma che se revocato renderebbe impossibile il proseguimento del servizio).		
	Se necessario, per accertare, esercitare o difendere i diritti del Titolare in sede giudiziaria.		Obbligo legale.		Per tutta la durata del contenzioso, fino all'esaurimento dei termini di esperibilità delle azioni di impugnazione.
	Recupero crediti stragiudiziale.		Legittimo interesse del Titolare.		
	Finalità marketing: a titolo esemplificativo, invio - con modalità automatizzate di contatto (come sms, mms ed e-mail) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) - di comunicazioni promozionali e commerciali relative a servizi/prodotti offerti dalla Cassa o segnalazione di eventi della Cassa, nonché realizzazione di studi di mercato e analisi statistiche da parte della Cassa.		Legittimo interesse del Titolare.		Durata del consenso e, dopo la revoca, per 24 mesi.
Decorsi i termini di conservazione sopra indicati, i dati saranno distrutti, cancellati o resi anonimi, compatibilmente con le procedure tecniche di cancellazione e backup.					

	<p><b>OBBLIGATORietà DEL CONFERIMENTO DEI DATI</b></p> <p>Il conferimento dei dati è obbligatorio per la conclusione e l'efficacia del contratto per le finalità indicate precedentemente, pertanto il mancato, parziale o inesatto conferimento di tali dati rende impossibile la conclusione dello stesso.</p>
---	--

	<p><b>DESTINATARI DEI DATI</b></p> <p>I dati possono essere trattati da soggetti esterni operanti in qualità di Titolari e/o Responsabili (a cui sono impartite adeguate istruzioni operative). Tali soggetti, a titolo esemplificativo e non limitativo, sono essenzialmente ricompresi nelle seguenti categorie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Autorità ed organi di vigilanza e controllo.</li> <li>Enti pubblici.</li> <li>Associazioni di categoria.</li> <li>Imprese e professionisti nel settore amministrativo, contabile, fiscale e tributario.</li> <li>Imprese e professionisti nel settore finanziario e del credito.</li> <li>Imprese e professionisti nel settore assicurativo.</li> <li>Imprese e professionisti nel settore informatico e dell'ICT (Information Communication Technology).</li> <li>Imprese e professionisti del settore sanitario.</li> <li>Imprese e professionisti nel settore legale.</li> <li>Imprese e professionisti dei servizi alla persona.</li> <li>Imprese e professionisti nel settore della consulenza privacy.</li> <li>Società di Welfare aziendale.</li> <li>Fondi di assistenza sanitaria, casse, società di mutuo soccorso e mutue assicuratrici.</li> </ol>
---	--

	<p><b>SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO</b></p> <p>I dati potranno essere trattati da personale delle funzioni associative deputate al perseguimento delle finalità sopra indicate, che sono stati espressamente autorizzati al trattamento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative.</p>
---	---

**TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI IN PAESI NON APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA**

I dati non saranno trasferiti all'estero in paesi extra-europei.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO - RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO**

Rivolgendosi al Titolare del Trattamento ai recapiti indicati precedentemente, gli interessati possono chiedere l'accesso ai dati che li riguardano, la loro cancellazione, la rettifica dei dati inesatti, l'integrazione dei dati incompleti, la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 GDPR, nonché l'opposizione al trattamento nelle ipotesi di legittimo interesse del titolare.

Gli interessati, inoltre, nel caso in cui il trattamento sia basato sul consenso o sul contratto e sia effettuato con strumenti automatizzati hanno il diritto di ricevere (portabilità) in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati, nonché, se tecnicamente fattibile, di trasmetterli ad altro titolare senza impedimenti.

Gli interessati hanno il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento, nonché di opporsi al trattamento dei dati per tali finalità sopra espresse.

Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiedono abitualmente o lavorano o dello Stato in cui si è verificata la presunta violazione.

La presente informativa sarà soggetta ad aggiornamenti

**PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa Privacy.

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO DELL'INTERESSATO**

Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) \_\_\_\_\_

a. Esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari di dati per le finalità connesse alla sottoscrizione del contratto.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

b. Esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari di dati per le finalità connesse alla sottoscrizione del contratto anche per i componenti del mio nucleo familiare.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

c. Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità di marketing sopra indicate: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms o mms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui prodotti e servizi della Cassa, segnalazione di eventi della Cassa, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche da parte della Cassa.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Luogo \_\_\_\_\_, data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_