

DOMANDA DI ADESIONE AD IN PIÙ

Il Sottoscritto
 Nato a il Prov.....
 Residente Prov. CAP
 Via N.
 Telefono Cellulare Mail
 Codice Fiscale.....
 Professione CCNL di riferimento Inquadramento
CODICE IBAN: INTESTATO A: IT -----

CHIEDE

- L'ISCRIZIONE PER SE STESSO, IN QUALITÀ DI ASSOCIATO, AD IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.** Dichiaro, a questo proposito, di conoscere e accettare le norme previste dallo Statuto e dal Regolamento di In Più, di impegnarsi al versamento annuale della Quota Associativa pari ad euro 15,00, di conoscere ed accettare l'entità dei contributi dovuti al Fondo per il/i Piano/i Sanitario/i sottoscritti e la piena ed incondizionata accettazione di essi.
- L'ISCRIZIONE, IN QUALITÀ DI ASSOCIATO, AD IN PIÙ, DEL/I FAMILIARE/I ELENCATO/I NEL RIQUADRO SOTTOSTANTE,** il/i quale/i, con la firma apposta acquisisce/acquisiscono i medesimi diritti e impegni del sottoscritto e delega/delegano il titolare a tenere rapporti con il Fondo, in particolare per ciò che riguarda i contributi associativi e le comunicazioni informative.

1	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di Parentela	Indirizzo
	Professione e mansione	CCNL di riferimento	Codice Fiscale		Firma
	Mail	Telefono	CODICE IBAN INTESTATO A IT -----		
2	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di Parentela	Indirizzo
	Professione e mansione	CCNL di riferimento	Codice Fiscale		Firma
	Mail	Telefono	CODICE IBAN INTESTATO A IT -----		
3	Cognome e Nome	Luogo di nascita	Data di nascita	Grado di Parentela	Indirizzo
	Professione e mansione	CCNL di riferimento	Codice Fiscale		Firma
	Mail	Telefono	CODICE IBAN INTESTATO A IT -----		

DICHIARA, INOLTRE:

- di essere cittadino italiano e di essere iscritto al Servizio Sanitario Nazionale;
- di avere preso visione dello Statuto e Regolamento di In Più (disponibili sul Sito www.fondoinpiu.it), impegnandosi ad osservarli integralmente;
- di accettare sin d'ora ogni variazione dei predetti come pure di ogni altra deliberazione legalmente adottata dagli organi sociali;
- di impegnarsi al regolare e tempestivo pagamento dei contributi associativi relativi al Piano/i Sanitario/i prescelti;
- di avere altre forme di Copertura Sanitaria o Polizze Sanitarie (nel qual caso allegare alla presente copia della polizza e ultima quietanza del pagamento) e si impegna a trasmettere al Gestore, Soardo e Associati, l'importo di eventuali rimborsi percepiti da altri Enti per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso ad In Più
- di non avere altre forme di copertura sanitaria o polizze sanitarie.

In fede in proprio e/o esercente la patria potestà

.....

IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA - FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Unione Industriale Biellese - Associazione Industriali Novara - Confindustria Vercelli Valsesia
 Sede legale: via Torino, 56 - 13900 Biella BI Sede operativa: via Piero Lucca, 18 - 13100 Vercelli VC
 Tel.: 0161 255725 Fax: 0161 257212 Codice Fiscale: 90054700027
 e-mail: info@fondoinpiu.it PEC: fondoinpiu@pec.fondoinpiu.it web: www.fondoinpiu.it

CHIEDE L'ISCRIZIONE PER SE ED EVENTUALMENTE PER I PER I PROPRI FAMILIARI ALLE SEGUENTI OPZIONI:

I - AREA SALUTE

DATA DI DECORRENZA DEL PIANO SANITARIO: IL ___ / ___ / 2016

<p>EASY</p> <input type="checkbox"/> <p>Tutti i Ricoveri ed altre prestazioni sanitarie plus</p>	<p>TOP</p> <input type="checkbox"/> <p>Tutti i Ricoveri, altre prestazioni sanitarie e Cure Odontoiatriche</p>	<p>PLUS</p> <input type="checkbox"/> <p>Tutti i Ricoveri ed altre prestazioni sanitarie plus</p>	<p>ROYAL</p> <input type="checkbox"/> <p>Tutti i Ricoveri, altre prestazioni sanitarie e Cure Odontoiatriche</p>
<p>ESTENSIONE DEL MASSIMALE RICOVERI A 1 MILIONE DI EURO</p> <input type="checkbox"/>	<p>ESTENSIONE DEL MASSIMALE RICOVERI A 1 MILIONE DI EURO</p> <input type="checkbox"/>	<p>ESTENSIONE DEL MASSIMALE RICOVERI A 1 MILIONE DI EURO</p> <input type="checkbox"/>	<p>ESTENSIONE DEL MASSIMALE RICOVERI A 1 MILIONE DI EURO</p> <input type="checkbox"/>

2 - AREA ASSISTENZA

<p>PER ASSOCIATO</p> <input type="checkbox"/>	<p>PER NUCLEO FAMILIARE</p> <input type="checkbox"/>
---	--

3 - AREA PROTEZIONE

<p>COPERTURA CASO MORTE DA INFORTUNIO</p> <input type="checkbox"/> <p>CAPITALE ASSICURATO</p> <p>_____</p>	<p>COPERTURA PER IL CASO INVALIDITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO</p> <input type="checkbox"/> <p>CAPITALE ASSICURATO</p> <p>_____</p>	<p>COPERTURA PER IL CASO MORTE (INFORTUNIO E MALATTIA)</p> <input type="checkbox"/> <p>CAPITALE ASSICURATO</p> <p>_____</p>	<p>LONG TERM CARE</p> <input type="checkbox"/> <p>RENDITA MENSILE VITALIZIA</p>	<p>DREAD DISEASE</p> <input type="checkbox"/> <p>CAPITALE ASSICURATO</p> <p>_____</p>
--	--	---	---	---

RICORDIAMO AI SIG.RI ASSOCIATI CHE TUTTE LE COPERTURE DI IN PIÙ HANNO SCADENZA AL 31 DICEMBRE DI CIASCUNA ANNUALITÀ. LE COPERTURE PREVEDONO TACITO RINNOVO PERTANTO OGNI VARIAZIONE/DISDETTA DELLE STESSE DEVE ESSERE COMUNICATA CON ALMENO 60 GIORNI DI PREAVVISO (MEZZO MAIL/FAX/POSTA ORDINARIA), SALVO DIVERSA COMUNICAZIONE/DISPOSIZIONE DA PARTE DI IN PIÙ.

FIRMA PER ACCETTAZIONE: -----

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), **In Più, Fondo di Assistenza - Fondo Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale**, 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 esauritiva 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.

1. DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

I dati personali, che possono formare oggetto di trattamento possono essere comuni o anche 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.

2. FINALITÀ. DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti a **In Più**, 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. ai sensi della normativa contro il riciclaggio, 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, ai soggetti aventi i requisiti statutari 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 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 **In Più, Fondo di Assistenza** a prestare il servizio.
- per finalità accessorie a quelle di **In Più, Fondo di Assistenza**, 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.

3. MODALITÀ. DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali o elettronici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi. All'uopo si precisa ulteriormente che il trattamento dei dati personali è effettuato in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito e non conforme alle finalità della raccolta. In particolare, nel trattamento dei dati, il Fondo, e così pure i responsabili a ciò preposti, si avvalgono di misure organizzative, fisiche e logiche idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni più idonea misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati stessi, quali controlli periodici, custodia in armadi chiusi, dispositivi antincendio e continuità elettrica, identificazione utente, controllo anti virus, backup periodici, etc.

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, dipendenti di società esterne riconducibili ad alcuno dei soggetti di cui al successivo punto 4.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento di talune attività, **In Più** 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:

- le Società incaricate della gestione tecnica, anagrafica e gestionale relativa alle singole posizioni degli Iscritti al Fondo;
- le 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 informativi, delle attività di consulenza, nonché di altre attività connesse a quelle indicate, della cui collaborazione il Fondo si avvale;
- gli Istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuto per le prestazioni;
- la Struttura medica alla quale Ella intende rivolgersi;
- le Società che gestiscono servizi postali informatizzati;
- i 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 **In Più**. I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

5. DIRITTI 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.

6. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è: **IN PIÙ, FONDO DI ASSISTENZA, FONDO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE**, con sede Legale in Via Torino 56, Biella. Responsabile del trattamento è: **Soardo&Associati S.r.l.**, in qualità di Gestore Amministrativo e Broker di con sede legale in via Cesare Cantù 1, 20123 Milano (MI) e sede operativa in via Piero Lucca 18, 13100, Vercelli.

L'elenco degli ulteriori altri Responsabili, all'occorrenza, potrà essere direttamente richiesto al Fondo.

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI – D.Lgs. 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'Art.13 del D.Lgs. 196/03, do il mio consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso è pure esteso nei confronti del Gestore Amministrativo, del Broker, delle Banche e delle Società che gestiscono i servizi postali.

Data di compilazione: _____ Firma Associato a **IN PIÙ** _____

Firma del Familiare _____

(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha tutela)