

**A Tutti gli Assistiti della
Cassa Nazionale del Notariato**

Roma, 18 novembre 2014

Oggetto: Comunicazione relativa le modalità di adesione al Piano Sanitario Integrativo della copertura base e prossimo rilascio Applicativo Web per la scelta della Combinazione Sanitaria (Base e/o Integrativa).

PREMESSE

Si comunica che, entro il 6 novembre, RBM Salute - nell'ottica di favorire quanto più possibile una veloce e corretta acquisizione dei dati relativi agli Assistiti della Cassa Nazionale del Notariato ed agevolare la fruizione da parte degli stessi dei servizi assicurativi loro dedicati, ed avuto specifico riguardo al rimborso spese mediche (annualità 2014-2016) - provvederà a rilasciare un applicativo web mediante il quale ogni Assistito potrà effettuare la scelta del proprio piano sanitario con modalità telematiche, accedendo semplicemente alla propria area riservata raggiungibile dal sito <https://webab.rbmsalute.it/claim-cassarbm-iscritto/default-function.do> "AREA ISCRITTO".

Per accedere dall'Area Iscritto ed ai relativi servizi online, sarà sufficiente seguire le seguenti istruzioni:

- collegarsi al sito: <https://webab.rbmsalute.it/claim-cassarbm-iscritto/default-function.do>
- inserire, nel campo "Login", il proprio codice fiscale (in maiuscolo)
- inserire nel campo "Password" la propria data di nascita GGMMAAAA (senza spazi o simboli di divisione).

Quanto premesso, qualora l'Assistito avesse l'esigenza di operare le proprie determinazioni in ordine all'adesione al "Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base" prima del termine sopra riportato (6 novembre 2014), potrà in ogni momento accedere alla modalità cartacea o telefonica delle quali si riporta a margine del presente documento la relativa procedura.

1. IL SERVIZIO

La procedura, come sotto dettagliata nella modalità online, consentirà ad ogni Assistito di scegliere la copertura sanitaria di proprio interesse, optando alternativamente per la sola copertura Base o anche per quella Integrativa delle garanzie previste dal Piano Sanitario Base; a tal fine, ciascun Assistito sarà chiamato a selezionare, nell'ambito dell'applicativo per l'acquisizione delle adesioni, una delle seguenti dichiarazioni:

- 1) **di non voler** aderire al predetto Piano Sanitario Integrativo e di avvalersi delle sole garanzie previste dal Piano Sanitario Base offerto dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- 2) di voler aderire al predetto Piano Sanitario Integrativo di durata biennale, unitamente al proprio Nucleo Familiare (se presente) e di voler versare il relativo contributo annuo attualmente pari ad **€ 1.999,50** per l'intero nucleo. Tale importo rappresenta il **contributo annuo massimo** per l'adesione al "Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base"; la predetta somma è suscettibile di essere scontata in funzione della numerosità degli Aderenti al Piano Sanitario Integrativo stesso. Pertanto, per la prima annualità, in previsione della potenziale scontistica di cui potrebbe giovare, **l'aderente**

verserà il 75% del predetto contributo pari ad € 1.500,00. Entro il mese di gennaio 2015, verificato il numero di adesioni raggiunte, si determinerà l'importo definitivo del contributo a carico dell'aderente per ciascuna annualità (in misura comunque non superiore al predetto importo massimo), con conseguente versamento del residuo contributo dovuto.

Operata la propria scelta, l'Assistito verrà guidato attraverso una serie di schermate che gli consentiranno di completare la propria adesione, mediante l'inserimento di una serie di informazioni necessarie per una corretta gestione operativa della sua posizione (recapito, contatti, coordinate bancarie, etc.).

Una volta che l'adesione verrà consolidata a sistema, l'Assistito avrà accesso anche a tutte le funzioni online proprie dell'area iscritto (Domanda di Rimborso Online, Preattivazione Assistenza Diretta, Variazione Coordinate Bancarie, Variazione Contatti, Variazione Recapiti,...)

Rimaniamo, in ogni caso, a Vostra completa disposizione per eventuali chiarimenti e/o necessità ai seguenti recapiti:

dall'Italia

- **800.99.17.73** Numero verde gratuito per chiamate da rete fissa o mobile

dall'Estero:

- **+39 0422.17.44.213** Numero raggiungibile sia da rete fissa o mobile. Tariffa a pagamento secondo il piano tariffario applicato dal proprio gestore;

Email

- **assistenza.cassanotariato@previmedical.it.**

Con i migliori saluti.

Cassa RBM Salute S.p.A.

GUIDA ALLA SCELTA DEL PIANO SANITARIO MODALITA' ONLINE

Accedendo alla propria Area Riservata e dopo aver eseguito il cambio della password impostata dal sistema per il primo accesso, sarà possibile cliccare su “Conferma Adesione Polizza”



Utente: **MNRBC42B46F257I** (Logoff)

Menu Principale

Funzioni Principali

ATTENZIONE: si ricorda di accedere alla funzione di “Variazione Dati Bancari” per verificare la presenza e la correttezza del proprio IBAN, necessario per poter usufruire dei rimborsi

Funzioni Principali

-  Conferma Adesione Polizza
-  Modifica Password

La schermata successiva consente di confermare la volontà o meno di aderire al Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base

Utente: **KRGRLF41S30H501C** (Logoff)

Conferma Adesione Polizza

Sceita Copertura Sanitaria

ATTENZIONE: si ricorda di accedere alla funzione di “Variazione Dati Bancari” per verificare la presenza e la correttezza del proprio IBAN, necessario per poter usufruire dei rimborsi

Sceita Copertura Sanitaria



Presenza visione del Nomenclatore “Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base” reso disponibile tramite Cassa RBM Salute in favore della Cassa Nazionale del Notariato,

DICHIARO

- Di non voler aderire al predetto Piano Sanitario Integrativo e di avvalermi delle sole garanzie previste dal Piano Sanitario Base offerto dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- Di voler aderire al predetto Piano Sanitario Integrativo di durata biennale, unitamente al mio Nucleo Familiare* (se presente e come definito in nota) e di voler versare il relativo contributo annuo attualmente pari ad **€ 1.999,50** per l'intero nucleo. Tale importo rappresenta il contributo annuo massimo per l'adesione al “Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base”; tale somma è suscettibile di essere scontata in funzione della numerosità* degli Aderenti al Piano Sanitario Integrativo stesso. Pertanto, per la prima annualità, in previsione della potenziale scontistica di cui potrebbe giovare, l'aderente verserà il **75% del predetto contributo. Entro il mese di gennaio 2015**, verificato il numero di adesioni raggiunte, si determinerà l'importo definitivo del contributo a carico dell'aderente per ciascuna annualità (in misura comunque non superiore al predetto massimo), con conseguente versamento del residuo contributo dovuto.

Precedente

Successivo

* Per la definizione di Nucleo Familiare e le condizioni di iscrizione dello stesso si rinvia al testo del “Nomenclatore” pubblicato sul sito internet www.cassanotariato.it

Qualora abbia scelto **di non aderire** al Piano Sanitario Integrativo, dopo la conferma, si verrà reindirizzati alla home page della propria Area Riservata.

Si precisa che la scelta dell'adesione al Piano Sanitario Integrativo potrà essere effettuata una sola volta entro e non oltre il 31 dicembre 2014.

Utente: MNRBRC42B46F257I (Logoff)	Conferma Adesione Polizza	Conferma
--------------------------------------------	---------------------------	----------

ATTENZIONE: si ricorda di accedere alla funzione di "Variazione Dati Bancari" per verificare la presenza e la correttezza del proprio IBAN, necessario per poter usufruire dei rimborsi

Conferma



Si è scelto di confermare la copertura BASE, per terminare l'operazione si prega di selezionare il tasto **CONFERMA**.

Precedente

Conferma

Diversamente, qualora l'Assistito voglia aderire al Piano Sanitario Integrativo, sarà sufficiente selezionare l'opzione e cliccare su "successivo".

La nuova schermata che fornirà il sistema, invita l'Assistito a dichiarare la presenza o meno di componenti facenti parte del proprio Nucleo familiare.

Utente: MNRBRC42B46F257I (Logoff)	Conferma Adesione Polizza	Dati del nucleo familiare
--------------------------------------------	---------------------------	---------------------------

ATTENZIONE: si ricorda di accedere alla funzione di "Variazione Dati Bancari" per verificare la presenza e la correttezza del proprio IBAN, necessario per poter usufruire dei rimborsi

Dati del nucleo familiare



DICHIARA

- Che il mio Nucleo familiare è composto solo dal sottoscritto
- Che il mio nucleo familiare è composto, oltre che dal sottoscritto, da:

Precedente

Qualora il nucleo non fosse monocomposto, si dovrà procedere all'inserimento dell'anagrafica degli ulteriori aventi diritto a beneficiare delle prestazioni del Piano Sanitario Integrativo.

Utente: MNRBRC42B46F257I (Logoff)	Conferma Adesione Polizza	Dati del nucleo familiare
--------------------------------------------	---------------------------	---------------------------


ATTENZIONE: si ricorda di accedere alla funzione di "Variazione Dati Bancari" per verificare la presenza e la correttezza del proprio IBAN, necessario per poter usufruire dei rimborsi

Dati del nucleo familiare



DICHIARA

- Che il mio Nucleo familiare è composto solo dal sottoscritto
- Che il mio nucleo familiare è composto, oltre che dal sottoscritto, da:

 Per aggiungere un familiare cliccare sull'icona

Precedente

Successivo

Inserito il primo componente del proprio Nucleo familiare cliccando sul bottone “+”, si potrà procedere all’inserimento di un nuovo componente del Nucleo Familiare avente diritto.

Dati del nucleo familiare



DICHIARA

Che il mio Nucleo familiare è composto solo dal sottoscritto
 Che il mio nucleo familiare è composto, oltre che dal sottoscritto, da:

Familiare 1

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Rapporto di parentela:

Sesso:

Data nascita:

Provincia e comune di nascita:

Familiare 2

Cognome:

Nome:

Codice fiscale:

Rapporto di parentela:

Sesso:

Data nascita:

Provincia e comune di nascita:

+ Per aggiungere un familiare cliccare sull'icona

Operato l’inserimento dei dati anagrafici del proprio nucleo familiare selezionando il tasto “successivo”, si viene reindirizzati ad una schermata di scelta delle modalità di pagamento. Al riguardo, si precisa che l’Assistito potrà scegliere di versare la contribuzione a proprio carico o tramite S.D.D. (Addebito Diretto Sepa) o tramite Carta di Credito.

Scelta Copertura Sanitaria



MI IMPEGNO A VERSARE

a. entro il 31 dicembre 2014 l'importo di € 1.500,00, corrispondente al 75% del contributo annuo massimo pari ad € 1.999,50
b. entro il 31 gennaio 2015 il contributo residuo relativo alla prima annualità che mi sarà comunicato dalla Cassa
c. entro il 31 dicembre 2015 il contributo annuo relativo alla seconda annualità, pari ad € 1.500,00 più l'ulteriore importo sub b)

Carta di credito - presto disponibile!
 Pagamento con S.D.D.

DICHIARO

- di impegnarmi a versare rispettivamente entro il 31 dicembre 2014 ed il 31 dicembre 2015 i contributi per la copertura biennale garantita dal Piano Sanitario Integrativo reso disponibile dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- di impegnarmi ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne di Cassa RBM Salute e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione;
- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti;
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei miei dati anagrafici e del mio Nucleo Familiare iscritto se presente.

Cassa RBM Salute si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'Assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.
L'adesione al Piano Sanitario Integrativo impegna l'Assistito al versamento dei contributi dovuti a Cassa RBM Salute per l'intera durata delle coperture Sanitarie dedicate alla Cassa Nazionale del Notariato.
Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del 01 novembre 2014 alle ore 24.00 del 31 ottobre 2016 e saranno attivabili solo nel caso in cui si sia aderito a tale opzione entro e non oltre il 31 dicembre 2014.

Scegliendo quale modalità di pagamento l'addebito diretto Sepa (SDD), si dovrà inserire il codice Iban del proprio Istituto di Credito, cosicché il sistema, a fine procedura, possa procedere alla generazione del modello precompilato di autorizzazione all'attivazione del SDD. Il modulo compilato e sottoscritto dall'Assistito dovrà essere inoltrato a Cassa RBM Salute con le una modalità nello stesso contenute (a mezzo mail, fax o posta).

MI IMPEGNO

a versare, entro il 31 dicembre di ogni anno l'importo di €1.500,00, corrispondente al 75% del contributo annuo pari ad €1.999,50, e il saldo da me dovuto alla data del 31 gennaio di ogni anno, a mezzo:

Carta di credito - presto disponibile!
 Pagamento con S.D.D.

Si prega di inserire le coordinate IBAN del conto corrente di addebito

Iban:

DICHIARO

- di impegnarmi ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne di Cassa RBM Salute e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione;
- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti;
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei miei dati anagrafici e del mio Nucleo Familiare iscritto se presente.

Cassa RBM Salute si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'Assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.
L'adesione al Piano Sanitario Integrativo impegna l'Assistito al versamento dei contributi dovuti a Cassa RBM Salute per l'intera durata delle coperture Sanitarie dedicate alla Cassa Nazionale del Notariato.
Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del 01 novembre 2014 alle ore 24.00 del 31 ottobre 2016 e saranno attivabili solo nel caso in cui si sia aderito a tale opzione entro e non oltre il 31 dicembre 2014.

Per finalizzare la procedura verrà richiesto di operare le seguenti dichiarazioni:

- di impegnarmi a versare – rispettivamente entro il 31 dicembre 2014 ed il 31 dicembre 2015 – i contributi per la copertura biennale garantita dal Piano Sanitario Integrativo reso disponibile dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- di impegnarmi ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne di Cassa RBM Salute e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione;
- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti;
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei miei dati anagrafici e del mio Nucleo Familiare iscritto se presente.

Mediante il passaggio sopra descritto e con la visualizzazione del riepilogo delle scelte operate e dei dati eventualmente inseriti si conclude la procedura.

Cliccando su “conferma” si procederà al consolidamento delle scelte operate dall’Assistito e all’effettuazione del pagamento.



Conferma



Si è scelto di aderire alla copertura INTEGRATIVA per lei stesso e per i suoi familiari al prezzo di € 1999,50 annui, pagando € 1500 alla sottoscrizione	
Cognome:	DE MARCO
Nome:	UMILE
Codice fiscale:	DMRMLU82D24H490Y
Rapporto di parentela:	Figlio
Sesso:	Maschio
Data nascita:	24/04/1982
Provincia e comune di nascita:	ROGLIANO - CS
Precedente	Conferma

Da ultimo, si segnala che coloro che avessero optato per l'utilizzo, quale modalità di pagamento, dell'Addebito Diretto Sepa (SDD), la procedura genererà in automatico il modulo di autorizzazione contenete le informazioni necessarie.

Tale modulo, compilato e sottoscritto dall'Assistito in ogni sua parte, dovrà pervenire a Cassa RBM Salute a mezzo:

EMAIL all'indirizzo assistenza.cassanotariato@previmedical.it

FAX al n. 0422.17.44.713,

POSTA al seguente indirizzo

Cassa RBM Salute - Fondo Sanitario Integrativo del SSN -
via E. Forlanini, 24 31022 Loc. Borgo Verde Preganziol (TV)

N.B.: Utilizzando la procedura online non sarà necessario inviare altra documentazione oltre al modulo di autorizzazione S.D.D.

**GUIDA ALLA SCELTA DEL PIANO SANITARIO
MODALITA' CARTACEA**

Per aderire al Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base con la modalità cartacea, sarà sufficiente compilare i moduli sotto riportati curandone l'invio a Cassa RBM Salute con le modalità in essi descritte.

MI IMPEGNO A VERSARE

- a) entro il 31 dicembre 2014 l'importo di € 1.500,00, corrispondente al 75% del contributo annuo massimo pari ad € 1.999,50
b) entro il 31 gennaio 2015 il contributo residuo relativo alla prima annualità che mi sarà comunicato dalla Cassa
c) entro il 31 dicembre 2015 il contributo annuo relativo alla seconda annualità, pari ad € 1.500,00 più l'ulteriore importo sub b)

A MEZZO S.D.D. (Addebito Diretto Sepa) CARTA DI CREDITO

Dati Carta di Credito (da compilare solo in caso di scelta come modalità di pagamento):

Tipo Carta di Credito Visa Mastercard Titolare: _____

Numero _____ Scadenza (mm/aa) _____ Cod. CIV: _____

DICHIARO

- di impegnarmi a versare – rispettivamente entro il 31 dicembre 2014 ed il 31 dicembre 2015 – i contributi per la copertura biennale garantita dal Piano Sanitario Integrativo reso disponibile dalla Cassa Nazionale del Notariato;
- di impegnarmi ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne di Cassa RBM Salute e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione;
- di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti;
- di impegnarmi a comunicare tempestivamente ogni variazione dei miei dati anagrafici e del mio Nucleo Familiare iscritto se presente.

Cassa RBM Salute si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'Assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.

L'adesione al Piano Sanitario Integrativo impegna l'Assistito al versamento dei contributi dovuti a Cassa RBM Salute per l'intera durata delle coperture Sanitarie dedicate alla Cassa Nazionale del Notariato.

Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del 01 novembre 2014 alle ore 24.00 del 31 ottobre 2016 e saranno attivabili solo nel caso in cui si sia aderito a tale opzione entro e non oltre il 31 dicembre 2014.

Data compilazione: _____

Firma del Titolare: _____

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, acconsento al trattamento dei dati personali. Il consenso è da ritenersi esteso anche nei confronti delle Compagnie di Assicurazione, Riassicurazione e Broker Assicurativi, 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 la Cassa si avvale.

Data compilazione: _____

Firma del Titolare: _____

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

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

Il presente modulo, compilato e sottoscritto entro il 31 dicembre 2014, dovrà pervenire a Cassa RBM Salute a mezzo:

EMAIL all'indirizzo assistenza.cassanotariato@previmedical.it

FAX al n. 0422.17.44.713,

POSTA al seguente indirizzo

Cassa RBM Salute - Fondo Sanitario Integrativo del SSN -
via E. Forlanini, 24 31022 Loc. Borgo Verde Preganziol (TV)

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme comporta il rigetto della domanda presentata.

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), Cassa RBM Salute - Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito per brevità la Cassa, 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 alla Cassa 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 alla Cassa, 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 la Cassa è soggetta (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 alla Cassa; 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 la Cassa a prestare il servizio.
- per finalità accessorie a quelle della Cassa 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, la Cassa, e così pure i responsabili a ciò preposti, si avvarranno di misure organizzative, fisiche e logiche idonee a garantirne la

antincendio e continuità elettrica, identificazione utente, controllo anti virus, backup periodici, etc.

I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori della Cassa, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità della Cassa stessa 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 3.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

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

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

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. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center della Cassa potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa concernente la suddetta possibilità sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato, che registrerà le chiamate in entrata. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato.

Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato – dipendenti e/o collaboratori del Call center – i quali, in qualità di incaricati del trattamento dati, svolgono il servizio di assistenza tecnica e/o coordinamento dei servizi di Customer Care.

7. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è: Cassa RBM Salute - Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale" con sede in Preganziol, via Enrico Forlanini n.24.

L'elenco dei Responsabili del Trattamento, all'occorrenza, potrà essere direttamente richiesto alla Cassa.

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

MODULO DI AUTORIZZAZIONE S.D.D.

RIIFERIMENTO MANDATO

BHGKP3

(da completare a cura del Creditore)

Cognome e Nome*:			
Indirizzo*:	<i>Via/C.so/P.zza/Largo</i>	N°:	
CAP:	Località:		
Provincia:	Città:		
IBAN*:			
Presso la Banca:		Codice SWIFT (BIC):	
Codice Fiscale del Debitore*			

Ragione Sociale del Creditore*:	CASSA RBM SALUTE Fondo Sanitario Integrativo del S.S.N.		
Codice Identificativo del Creditore	IT320010000097607920150		
Sede Legale*:	<i>Via/C.so/P.zza/Largo</i>	N°:	24
CAP:	31022	Località:	PREGANZIOL
Provincia:	TREVISO	Paese:	ITALIA

Il sottoscritto Debitore autorizza:

- il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato
 - addebiti in via continuativa** (relativamente ai contributi dovuti a Cassa RBM Salute per la copertura biennale garantita dal Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base)
 - un singolo addebito
- la Banca ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore.

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa.

Il sottoscrittore ha facoltà di richiedere alla Banca il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Cognome e nome del sottoscrittore:	
Codice fiscale del sottoscrittore:	

(le informazioni relative al sottoscrittore sono obbligatorie nel caso in cui sottoscrittore e Debitore non coincidano)

_____, _____
Luogo *Data*

Firma del Debitore

* I campi indicati con un asterisco sono obbligatori

<p>Copia del presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto dall'Interessato dovrà essere restituita a CASSA RBM SALUTE</p>	<p>a mezzo: EMAIL all'indirizzo assistenza.cassanotariato@previmedical.it FAX al n. 0422.17.44.713, POSTA al seguente indirizzo Cassa RBM Salute - Fondo Sanitario Integrativo del SSN - via E. Forlanini, 24 31022 Loc. Borgo Verde Preganziol (TV)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

GUIDA ALLA SCELTA DEL PIANO SANITARIO
MODALITA' TELEFONICA

Per aderire al Piano Sanitario Integrativo delle Garanzie Base con la modalità telefonica sarà sufficiente contattare Centrale Operativa. Gli operatori saranno a completa disposizione degli Assistiti per coadiuvarli nell'iter di adesione ai seguenti recapiti:

dall'Italia

- **800.99.17.73** Numero verde gratuito per chiamate da rete fissa o mobile

dall'Estero:

- **+39 0422.17.44.213** Numero raggiungibile sia da rete fissa o mobile. Tariffa a pagamento secondo il piano tariffario applicato dal proprio gestore;

Qualora l'Assistito abbia scelto di provvedere al pagamento del contributo dovuto per l'adesione al Piano Sanitario Integrativo tramite Addebito Diretto Sepa (S.D.D.), riceverà dagli operatori il relativo modulo di autorizzazione che, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, dovrà essere fatto pervenire Cassa RBM Salute a mezzo:

EMAIL all'indirizzo assistenza.cassanotariato@previmedical.it

FAX al n. 0422.17.44.713,

POSTA al seguente indirizzo

Cassa RBM Salute - Fondo Sanitario Integrativo del SSN -
via E. Forlanini, 24 31022 Loc. Borgo Verde Preganziol (TV)