

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 esauriente 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>
---	--