

## CASSA RBM SALUTE

FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

**MODULO DI ADESIONE AL PIANO SANITARIO INTEGRATIVO DELLE GARANZIE BASE - TRIENNIO 01.11.2016-01.11.2019**

**NOTAI DI NUOVA NOMINA 2019**

### IO SOTTOSCRITTO:

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale: | |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Sesso:  M  F Nato il: |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ ) Nazione \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_ Telefoni: (Fisso) \_\_\_\_\_ (Mobile) \_\_\_\_\_

### Recapito Corrispondenza (solo se diverso da residenza)

Indirizzo per recapito \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ ) Nazione \_\_\_\_\_

### Coordinate Bancarie dell'aderente per eventuali rimborsi: codice IBAN (27 caratteri - rilevabili dall'estratto di conto corrente)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

#### DICHIARO

di voler aderire al predetto Piano Sanitario Integrativo sino alla scadenza del 01/11/2019, versando a Cassa RBM Salute i relativi contributi annui per:

### Coniuge/Convivente *more uxorio*

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
C.F. |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Sesso:  M  F Nato il |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ ) Nazione \_\_\_\_\_

### Figlio

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Convivente  Sì  No\*  
C.F. |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Sesso:  M  F Nato il |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ ) Nazione \_\_\_\_\_

### Figlio

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Convivente  Sì  No\* C.F.  
|\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Sesso:  M  F Nato il |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ ) Nazione \_\_\_\_\_

### Figlio

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Convivente  Sì  No\*  
C.F. |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| Sesso:  M  F Nato il |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|  
Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Comune di residenza \_\_\_\_\_ Prov ( \_\_\_\_\_ ) Nazione \_\_\_\_\_

\* Il nucleo familiare è composto dal capo nucleo, dal coniuge non legalmente separato o, in alternativa, dal convivente *more uxorio*, tale indipendentemente dal genere, e dai figli conviventi. Sono comunque compresi i figli non conviventi purché inabili a proficuo lavoro o studenti ed i figli non conviventi per i quali il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

\*\* **Barrare la fattispecie che legittima l'adesione:**  figlio inabile a proficuo lavoro o studente;  figlio per il quale il capo nucleo sia obbligato al mantenimento economico a seguito di sentenza di divorzio o separazione ovvero altro provvedimento dell'autorità giudiziaria.

**MI IMPEGNO A VERSARE CON LE MODALITA' DI SEGUITO INDICATE**

il contributo relativo alla seconda semestralità della terza ed ultima annualità 01.11.2018/01.11.2019 (barrare la casella di proprio interesse):

- per l'Aderente che intende usufruire del Piano per se stesso – "OPZIONE SINGLE" €. 528,35, corrispondente al 60% dell'importo annuo;
- per l'Aderente che intende usufruire del Piano per se stesso unitamente al nucleo familiare – "OPZIONE FAMILY" €. 811,47, corrispondente al 60% dell'importo annuo (formula family)

in un'unica soluzione a mezzo bonifico bancario sulle seguenti coordinate bancarie:

IBAN: IT78 B030 6961 8061 0000 0000 928

Beneficiario: Cassa RBM SALUTE Istituto Bancario: Intesa San Polo SpA

Causale: codice fiscale del titolare – Cassa Notariato 0031007299 – Notaio di prima nomina 2019

**DICHIARO**

- di impegnarmi a versare i contributi di cui al precedente punto per la copertura sanitaria da me scelta e 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 adesione 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.

Le garanzie previste dal Piano Sanitario Integrativo decorrono dalle ore 00.00 del giorno di prima iscrizione a ruolo, alle ore 00.00 del 01/11/2019 e saranno attivabili entro e non oltre il termine di 60 giorni dalla data di prima iscrizione a ruolo.

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma del Titolare: \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia**

*Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.*

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 e non oltre il termine di 60 giorni dalla data di prima iscrizione a ruolo, dovrà pervenire a Cassa RBM Salute a mezzo:

EMAIL all'indirizzo: [amministrazione@cassarbmsalute.it](mailto:amministrazione@cassarbmsalute.it)  
oppure tramite FAX al n. 0422.17.44.713  
oppure tramite POSTA al seguente indirizzo: Cassa  
RBM Salute - Fondo Sanitario Integrativo del SSN -  
via E. Forlanini, 24 - 31022 Località 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 AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), 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 fornire una chiara ed esauriente informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentando che, ai sensi del GDPR, 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 Regolamento UE 2016/679 (GDPR), sono comuni i dati personali diversi da quelli particolari, giudiziari e rischiosi, a titolo esemplificativo, cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; contatti telefonici, email; impresa o ex impresa di appartenenza; cognome e nome, grado di parentela, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili i dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi 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:

a. 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; 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;

b. per finalità accessorie a quelle della Cassa quali, a titolo esemplificativo, per svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. 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 E CONSERVAZIONE

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 avvalgono di misure organizzative, fisiche e logiche adeguate a garantire la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni adeguata misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati stessi, quali controlli periodici, dispositivi 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 4.

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 a), i dati personali verranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e comunque nel rispetto della vigente normativa. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 b), i dati personali verranno conservati nel rispetto della vigente normativa o fintantoché l'Interessato non avrà esercitato il proprio diritto di opposizione o revocato il proprio consenso

## 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 e Riassicurazione, 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

Titolare del trattamento è Cassa RBM Salute.

Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- accesso ai dati personali;
- rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- revoca del consenso;
- cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- limitazione del trattamento;
- opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
- proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) indicato nel successivo paragrafo 8.

## 6. COOKIES

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

## 7. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center della Cassa potranno essere registrate per la risoluzione di eventuali segnalazioni e reclami.

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 inclusi i dati sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate in entrata avverrà a mezzo di un sistema automatizzato. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato e saranno conservate per il tempo necessario per la risoluzione di eventuali segnalazioni e reclami. Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato.

## 8. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento è: "Cassa RBM Salute - Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale" con sede in Preganziol, via Enrico Forlanini n. 24 [privacy@cassarbm salute.it](mailto:privacy@cassarbm salute.it) / [cassarbm salute@pec.cassarbm salute.it](mailto:cassarbm salute@pec.cassarbm salute.it).

Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR è contattabile all'indirizzo [privacy@cassarbm salute.it](mailto:privacy@cassarbm salute.it).