

PIANI SANITARI CIPAG

ADESIONE PENSIONATI CANCELLATI, SUPERSTITI E DIPENDENTI CON ISCRIZIONE ALLA MUTUA FASCO SMS - Convenzione Assicurativa UniSalute S.p.A.

Pagando 15,00 € aggiuntivi, avrà il vantaggio di detrarre il 19% dell'importo versato per il pensionato canc./superstite/dipendente in dichiarazione dei redditi.

Inviare il presente modulo firmato e compilato, unitamente alla copia del bonifico bancario entro il 15/06/2017, all'indirizzo e-mail fascosms@fondicoop.it, via fax al numero 06-442 52 790 oppure via posta a FASCO SMS, Via Antonio Guattani 9 -00161 Roma.

AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI E' NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative (Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Le ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo - anch'essi assicurati Unisalute - a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimati assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Luogo e data	Nome e cognome dell'iscritto/pensionato
	Codice fiscale
	Firma dell'interessato
Nome e cognome del coniuge/convivente	Nome e cognome del 1° figlio
Firma dell'interessato	Firma dell'interessato
Nome e cognome del 2° figlio	Nome e cognome del 3° figlio
Firma dell'interessato	Firma dell'interessato
Nome e cognome del 4° figlio	Nome e cognome del 5° figlio
Firma dell'interessato	Firma dell'interessato

* Si pregano i genitori/curatori/tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori/inabilitati/interdetti

DATI ANAGRAFICI DEL PENSIONATO CANCELLATO, SUPERSTITI E DIPENDENTI

Io Sottoscritto/a _____ C.F. _____

Matricola CIPAG n° _____ Nato a _____ Prov. _____ il _____

Via/P.zza _____ CAP _____ Località _____ Prov. _____

N° cell./tel. _____ Indirizzo e-mail _____

DATI ANAGRAFICI FAMILIARI (è necessario inserire tutti i familiari previsti nel suo nucleo familiare)

Nome e cognome	Data e luogo di nascita	Codice fiscale	Grado di parentela
1)			Coniuge / Convivente
2)			Figlio/a*
3)			Figlio/a*
4)			Figlio/a*
5)			Figlio/a*
6)			Figlio/a*

* figli fino a 35 anni: l'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 35° anno di età e terminando alla prima scadenza annuale del Piano sanitario dopo il compimento del 36° anno. Il limite di 35 anni di età non ha validità per i figli conviventi inabili a lavoro proficuo.

Per le persone indicate, la copertura decorre in forma rimborsuale dalle ore 24 del 15/04/2017, mentre l'erogazione delle prestazioni in forma di assistenza diretta verrà garantita dal giorno dell'effettivo incasso dell'importo da parte di Fasco.

Compili le sezioni relative alle adesioni per il Piano Base e per il Piano Integrativo sul retro di questa pagina.

Dichiaro di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento di FASCO SMS (fascosms.it) e delle condizioni generali di copertura e dei termini di aspettativa (Sezione Garanzie "B" - Art.2) indicati nel Capitolato di gara consultabile e scaricabile sul sito cipag.it. Il testo integrale del Piano sanitario è disponibile su fascosms.it oppure su cipag.it.

Richiedo l'iscrizione a Fasco.

ADESIONI AL PIANO BASE

In qualità di pensionato canc./superstite/dipendente CIPAG, comunico di voler aderire al Piano sanitario Base ai miei familiari:

- per me, pagando € 43,00
- per me e un familiare, pagando complessivamente € 82,00
- per me e 2 o più familiari, pagando complessivamente € 83,00

Totale importo per il Piano BASE € _____ ,00

ADESIONI AL PIANO INTEGRATIVO

Richiedo l'adesione al Piano Integrativo CIPAG:

- per me
- per me e i miei familiari come indicati nella pagina precedente (per aderire al Piano Integrativo, i familiari devono obbligatoriamente aderire anche al Piano Base)

pagando il seguente importo:

- solo pensionato canc./superstite/dipendente € 620,00
- pensionato canc./superstite/dipendente + 1 familiare € 950,00
- pensionato canc./superstite/dipendente + 2 familiari € 1.050,00
- pensionato canc./superstite/dipendente + 3 familiari o più € 1.100,00

Totale importo per il Piano INTEGRATIVO € _____ ,00

Quota associativa annuale FASCO (OBBLIGATORIA) € 15,00

Totale importo (Piano Base + Piano Integrativo + quota associativa Fasco) € _____ ,00

Luogo e data _____

Firma leggibile _____

VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA PIANI SANITARI CIPAG 2017

(Art. 52 - Regolamento ISVAP n. 5/2006 e Art. 9 - Regolamento ISVAP n. 34/2010)

Gentile Cliente,

la normativa in vigore prevede l'obbligo di offrire contratti adeguati alle esigenze assicurative del contraente: l'art. 9 del regolamento ISVAP 34/2009 impone che, prima che il contraente sia vincolato da un contratto di assicurazione a distanza, le imprese acquisiscano dal contraente ogni informazione utile a valutare l'adeguatezza del contratto offerto in relazione alle esigenze assicurative di quest'ultimo.

Pertanto, **il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel suo interesse, informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle sue esigenze.** Qualora lei intenda rispondere alle seguenti domande, le ricordiamo che i suoi dati personali sono trattati con le modalità indicate nell'informativa di cui all'art. 13 del D. Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali", presente sul sito cipag.it nella sezione polizza sanitaria.

La informiamo inoltre che ha la facoltà di rifiutarsi di fornire le informazioni a ciò finalizzate, con conseguente impossibilità di procedere alla predetta valutazione. L'eventuale rifiuto deve risultare da una sua specifica dichiarazione, senza la quale non le sarà possibile acquistare alcuna copertura assicurativa. Qualora lei non intenda fornire tali informazioni e voglia comunque acquistare la copertura assicurativa, **sottoscriva la dichiarazione al punto B presente nella pagina seguente.**

PRIMA DI INIZIARE LA COMPILAZIONE DEL SEGUENTE QUESTIONARIO, PRENDA VISIONE DELLE CONDIZIONI DELLA POLIZZA INTEGRATIVA PRESENTI SUL SITO CIPAG.IT NELLA SEZIONE POLIZZA SANITARIA.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI, PUO' ANCHE CONSULTARE IL DOCUMENTO "DOMANDE FREQUENTI".

QUESTIONARIO DI ADEGUATEZZA

1) E' interessato alla protezione prevista dal Piano Base ed eventualmente anche dal Piano Integrativo CIPAG? SI NO

2) Nel caso in cui le abbia già altre coperture per rimborso spese mediche, è interessato ad ampliare le garanzie e i massimali assicurati? SI, sono interessato/
Non ho altre coperture NO, non sono interessato

Se ha richiesto l'inserimento in copertura dei suoi familiari, risponda anche alle seguenti domande:

3) E' interessato alla protezione prevista dal Piano Base ed eventualmente dal Integrativo per i suoi familiari? SI NO

4) Nel caso in cui i suoi familiari abbiano già altre coperture per rimborso spese mediche, è interessato ad ampliare per loro le garanzie e i massimali assicurati? SI, sono interessato/
Non hanno altre coperture NO, non sono interessato

5) Ha preso visione di massimali garantiti, franchigie, scoperti, eventuali carenze ed esclusioni? SI NO

6) Ha preso visione delle modalità di attivazione delle garanzie e liquidazione dei sinistri? SI NO

7) L'importo da versare è in linea con la sua disponibilità di spesa? SI NO

8) E' consapevole che sono previsti limiti di età per i figli per l'adesione ai Piani? SI NO

Luogo e data _____

Firma dell'iscritto (leggibile) _____

PIANI SANITARI CIPAG

PROCEDA PER CORTESIA COME INDICATO IN UNO DEI SEGUENTI TRE CASI:

A. Se al questionario ha risposto a tutte le domande SI - SI SONO INTERESSATO - NON HO/NON HANNO ALTRE COPERTURE e desidera procedere, confermi per cortesia in questo spazio la sua volontà di procedere:

Gentile pensionato canc./sup./dipendente CIPAG,
avendo lei risposto SI – SI, SONO INTERESSATO – NON HO/NON HANNO ALTRE COPERTURE a tutte le domande del questionario, i Piani sanitari CIPAG risultano adeguati.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito cipag.it nella sezione polizza sanitaria e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a adesionicassageometri@unisalute.it.

Confermo di voler procedere SI

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

B. Se ha deciso di non rispondere ad una o più domande e desidera procedere, firmi per cortesia nello spazio sottostante:

Gentile pensionato canc./sup./dipendente CIPAG,
ha scelto di non rispondere ad una o più domande del questionario, pur consapevole che ciò non ci permetterà di valutare l'adeguatezza della proposta assicurativa.

Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di non voler fornire le informazioni richieste e di voler comunque stipulare il contratto.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito cipag.it nella sezione polizza sanitaria e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a adesionicassageometri@unisalute.it.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____

C. Se al questionario ha indicato NO ad almeno una risposta, ha risposto a tutte le domande e desidera procedere, scriva una mail a adesionicassageometri@unisalute.it per essere ricontattato, indicando nome, cognome e numero di telefono.

Un consulente la aiuterà nella compilazione della presente sezione in modo da permetterle di procedere.

Gentile pensionato canc./sup./dipendente CIPAG,
in relazione alle risposte fornite, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative. In particolare il prodotto potrebbe essere potenzialmente inadeguato per

Apponendo la firma nello spazio sottostante lei dichiara di essere consapevole che le coperture non risultano o potrebbero non risultare adeguate alle sue esigenze assicurative e di voler comunque stipulare il contratto.

Proceda con l'acquisto seguendo le modalità indicate nel modulo "Modalità di Pagamento" disponibile sul sito cipag.it nella sezione polizza sanitaria e si ricordi di restituire firmato e compilato il presente documento a adesionicassageometri@unisalute.it.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) _____



SCHEDA DI ADESIONE AL FONDO FASCO SMS

COMPILARE I CAMPI IN AZZURRO

Io sottoscritto _____ chiedo di aderire a Fasco SMS avendo preso visione dello Statuto e accettandolo in tutte le Sue parti.

Dichiaro di essere consapevole degli adempimenti contributivi che discendono dall'iscrizione al Fondo e dal piano assistenziale sottoscritto, e mi impegno a versarli a pena di cancellazione della mia adesione.

Dichiaro di aver letto l'informativa sul retro della presente scheda ai sensi dell'articolo 13 del D L.gs. 30 giugno 2003 n. 196 e di prestare il consenso al trattamento dei miei dati personali, anche di natura sensibile, per le finalità ivi enunciate, compresa la comunicazione dei dati alla Compagnia assicurativa che materialmente erogherà la prestazione assistenziale, come da piano sottoscritto.

FIRMA per il consenso al trattamento dei dati personali (comuni e sensibili) _____ .

DATI ANAGRAFICI

Nominativo		Codice fiscale	
Data di nascita	Luogo		Prov.
Indirizzo	CAP	Luogo	Prov.
Telefono	Cellulare	E-mail	

LUOGO, DATA E FIRMA

LUOGO E DATA

FIRMA

INFORMATIVA E DICHIARAZIONE DI CONSENSO
(D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196)

(Tipologia dei dati personali) FASCO SMS effettuerà il trattamento dei dati personali forniti dal sottoscritto, nel rispetto della normativa sopra richiamata ed avrà ad oggetto i dati, eventualmente anche di natura sensibile, necessari all'iscrizione e all'erogazione delle prestazioni e servizi da parte dell'Ente;

(Finalità del trattamento) il trattamento dei dati personali effettuato da FASCO SMS è finalizzato:

- all'iscrizione alla Mutua, in forma individuale o collettiva;
- all'erogazione, diretta o indiretta, di servizi assistenziali a copertura delle seguenti aree: socio-sanitaria integrativa, invalidità permanente da malattia, multirischi della persona, morte, multirischi abitazione;
- alla gestione di fondi mutualistici integrativi o complementari all'assistenza sanitaria;
- alla promozione di fondi e servizi di previdenza integrativa;
- alla promozione di attività di informazione e di educazione sanitaria;
- alla promozione dei valori di mutualità e solidarietà tra soci;
- alla gestione del Fondo Assistenza Pensionati;
- all'erogazione di prestazioni supplementari offerte ai soci mediante stipula di apposite convenzioni con soggetti terzi;
- ad informare i soci di tutte le convenzioni in essere o in divenire di cui ha la possibilità di beneficiare per il tramite di FASCO SMS;
- allo svolgimento di tutte le attività strumentali e/o funzionali a quelle sopra descritte;
- al rilascio, dietro apposita richiesta, delle credenziali di accesso al sito internet di FASCO SMS;
- istruttoria della pratica di richiesta di liquidazione qualora il materiale fosse inviato dal richiedente a Fasco sms e non alla compagnia assicurativa;

(Ambito di comunicazione dei dati personali) i dati personali potranno essere comunicati a Società, Enti o Organismi pubblici o privati, nazionali o esteri, ad Organi di vigilanza e a Banche o Istituti di credito, a persone fisiche o giuridiche competenti, anche in modo strumentale, per l'erogazione delle prestazioni assistenziali ed in primo luogo alle compagnie assicurative che intervengono nella gestione del rischio assicurato, un elenco delle quali è liberamente consultabile nel sito www.fascosms.it. I dati personali saranno comunicati ai soggetti interni incaricati del trattamento ciascuno nell'ambito delle mansioni attribuite. I dati saranno altresì comunicati a soggetti esterni dei quali FASCO SMS si avvalga per lo svolgimento di tutto o parte del rapporto. Le compagnie assicurative alle quali saranno comunicati i dati, provvederanno autonomamente ad informare l'interessato circa le finalità e modalità del trattamento da loro operato.

(Modalità del trattamento) il trattamento sarà effettuato manualmente e/o in forma automatizzata, rispettando le prescrizioni dettate dagli artt. 31 e seguenti della Legge in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta;

(Necessità del conferimento dei dati) il conferimento dei dati personali, mediante apposito modulo, è essenziale per l'iscrizione all'Ente e per la gestione del rapporto assistenziale. L'eventuale rifiuto di comunicare le informazioni contrassegnate dall'asterisco nel modulo di raccolta, comporterà l'impossibilità di procedere all'iscrizione ed erogazione delle prestazioni e servizi di FASCO SMS;

(Diritti riconosciuti all'interessato) in relazione al trattamento dei dati personali, il sottoscritto può esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, articolo riportato al termine del presente documento e di cui il sottoscritto dichiara di aver preso visione;

(Titolare e Responsabile del trattamento) titolare del trattamento dei dati è FASCO SMS. Ai fini dell'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del Codice è possibile rivolgersi a FASCO SMS, sito in Via Giuseppe Antonio Guattani, 9 00161 Roma, telefono 0644243187, fax 0644252790, email: privacy@fondicoop.it.

Art. 7. D. Lgs. 196/2003 "Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti".

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.

2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:

- a) dell'origine dei dati personali;
- b) delle finalità e modalità del trattamento;
- c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
- e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.

3. L'interessato ha diritto di ottenere:

- a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
- b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
- c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

- a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.