

PER IL LAVORATORE DIPENDENTE GIA' ISCRITTO AL FONDO

Modulo di iscrizione del nucleo familiare fiscalmente a carico GRATUITO* Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili– D. Lgs 196/2003

Preso atto di quanto indicato nello Statuto, nel Regolamento del Fondo e nell'Informativa fornita, è possibile iscrivere al Fondo mètaSalute i membri del nucleo familiare secondo le norme del Regolamento e quindi esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei dati personali, anche sensibili, per le finalità di cui all'art. 2 dell'Informativa nonché per finalità assicurative e liquidative, compilando gli spazi sottostanti. In mancanza di questo consenso mètaSalute non potrà dare esecuzione alla richiesta di iscrizione – e di conseguenza all'erogazione delle prestazioni sanitarie - che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun iscritto al Fondo autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi iscritti a mètaSalute – a conoscere le prestazioni assicurative prenotate, liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Il presente modulo, compilato e sottoscritto in ogni sua parte, dovrà essere caricato (upload) nell'Area Riservata all'atto dell'iscrizione del nucleo dei familiari
L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme previste comporta il rigetto della domanda di iscrizione

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

Nome e cognome _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
Luogo e data _____
Firma del lavoratore dipendente titolare iscritto al Fondo _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE GRATUITA A METASALUTE DEI SEGUENTI COMPONENTI IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE FISCALMENTE A CARICO

CONIUGE (comprese le Unioni Civili)

Nome e cognome _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
nato/a il | | | | | | | | | | a _____ telefono _____ e/o
email del coniuge/convivente (**in stampatello**) _____

Consenso al trattamento dati del coniuge

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, con la mia firma posta in calce alla presente, manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte di mètaSalute, nella sua qualità di Titolare del trattamento, con le modalità e nei limiti di cui alla sopra richiamata Informativa, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Firma del coniuge/convivente _____

Autocertificazione dello stato di fiscalmente a carico del coniuge

Io sottoscritto dichiaro che il mio coniuge non percepisce un reddito complessivo annuo superiore a 2.840,51 euro per le finalità di cui all'art.12 del TUIR, al lordo degli oneri deducibili. Sono consapevole che in caso di dichiarazione inesatta o mendace incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.

Firma del lavoratore dipendente titolare iscritto al Fondo _____

Informativa sul trattamento dei dati personali per indagini di *customer satisfaction*

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti a MetaSalute, è finalizzato anche all'effettuazione da parte del Fondo di indagini di *customer satisfaction*. metaSalute potrà somministrarLe un questionario di gradimento dei servizi offerti con l'invito a restituirlo per posta elettronica oppure a rispondere ad una intervista telefonica condotta da personale appositamente incaricato. Il conferimento dei dati richiesti dal questionario è facoltativo e un eventuale rifiuto di fornirli non avrà conseguenze negative sulla possibilità di usufruire delle prestazioni sanitarie. La raccolta delle informazioni tramite il questionario è finalizzata esclusivamente ad elaborazioni statistiche, effettuate anche con strumenti elettronici, da parte di questo organismo sanitario o di altri soggetti di cui eventualmente si dovesse avvalere per valutare la qualità dei servizi e/o delle prestazioni sanitarie offerte. I dati da Lei forniti non saranno comunicati a terzi e verranno distrutti o resi anonimi subito dopo la raccolta e comunque non oltre la registrazione. I risultati delle rilevazioni potranno essere diffusi soltanto in forma anonima. In qualunque momento potrà conoscere le informazioni che La riguardano, verificare se sono esatte, integrarle, aggiornarle, rettificarle, opporsi al loro trattamento per motivi legittimi ed esercitare gli altri diritti riguardanti i suoi dati personali, scrivendo a privacy@fondometasalute.it. Nel caso in cui Lei ed i suoi familiari desideraste aderire all'iniziativa, Vi chiediamo di indicare un recapito telefonico/indirizzo di posta elettronica _____ (in stampatello) e le fasce orarie _____ nelle quali/al quale è possibile contattarla per effettuare l'intervista/per inviarLe il questionario da compilare/per sollecitare la compilazione e la riconsegna del questionario.

Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso.

Luogo e data _____

Firma (leggibile) in originale _____