# PER IL LAVORATORE DIPENDENTE GIA'ISCRITTO AL FONDO

## Modulo di iscrizione del nucleo familiare

## 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 del lavoratore dipendente titolare già aderente al Fondo 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* _____

### 1) CHIEDE L'ISCRIZIONE A METASALUTE DEI SEGUENTI COMPONENTI IL PROPRIO NUCLEO FAMILIARE

**CONIUGE/CONVIVENTE** (***comprese le Unioni Civili***)

Nome e cognome_____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a_____ telefono_____ e/o

email del coniuge/convivente (in stampatello) _____

Piano Base ☐ (€ 85,00) Piano Integrativo 1☐ (€ 127,00) Piano Integrativo 2 ☐ (€ 227,00) (selezionare il Piano prescelto)

**Attenzione**: Il coniuge/convivente di fatto può solo aderire al medesimo piano sanitario attivo per il lavoratore dipendente titolare.

**Consenso al trattamento dati del coniuge/convivente**
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 della convivenza**
Il sottoscritto dichiara sotto la propria personale responsabilità civile e penale ed ai fini della fruizione delle prestazioni sanitarie previste dallo Statuto e dal Regolamento di mètaSalute, di convivere more uxorio, dal ……..

*Firma del lavoratore dipendente titolare iscritto al Fondo*_____

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

**Attenzione**: I figli aderiscono – in alternativa all'inclusione gratuita nel piano del lavoratore dipendente titolare- al "*Piano Figli*"

**Contribuzione annua:** € 156,00 (indipendentemente dal numero di figli inclusi).

Nome e cognome_____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a_____ telefono_____ e/o

e-mail del familiare 1 **(in stampatello)** _____

**Consenso al trattamento dati del/della figlio/a**

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 figlio (se minore quella di chi esercita la patria potestà)*_____

Nome e cognome_____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a_____ telefono_____ e/o

e-mail del familiare 2 **(in stampatello)** _____

**Consenso al trattamento dati del/della figlio/a**

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 figlio (se minore quella di chi esercita la patria potestà)*_____

Nome e cognome_____ C.F. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

nato/a il |__|__|__|__|__|__|__|__| a_____ telefono_____ e/o

e-mail del familiare 3 **(in stampatello)** _____

**Consenso al trattamento dati del/della figlio/a**

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 figlio (se minore quella di chi esercita la patria potestà)*_____

## 2) AUTORIZZA FINO A REVOCA, IL PROPRIO DATORE DI LAVORO A TRATTENERE DAGLI EMOLUMENTI L'IMPORTO DEL CONTRIBUTO MENSILE A PROPRIO CARICO COSÌ COME PREVISTO DAGLI ARTT. 2 E 10 DEL REGOLAMENTO DEL FONDO MÈTASALUTE E DALLE ALTRE DISPOSIZIONI IN ESSO CONTENUTE

**DATI AZIENDA** *(compilazione a cura dell'Azienda)*:

Ragione Sociale

Codice mètaSalute dell'Azienda *(codice di accesso al sito di mètaSalute)*

Via e n°

Città

Telefono Cell E-mail

Luogo e data di ricezione _____ Timbro e firma _____

**Responsabilità:** Il lavoratore dipendente titolare iscritto al Fondo si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dei suoi dati anagrafici e dei propri familiari. MètaSalute 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.

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

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti a MètaSalute, è finalizzato anche all'effettuazione da parte del Fondo di indagini di *customer satisfaction*. mètaSalute 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 suo 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 _____