



## MODULO DI ISCRIZIONE TITOLARI / AMMINISTRATORI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
(cognome) (nome)

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso  F  M Nato/a il \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ Telefono \_\_\_\_\_

**Recapito corrispondenza (solo se diverso da residenza)**

Indirizzo per recapito \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**Iscritto ad altro Fondo Sanitario Integrativo / Cassa di Assistenza:**  SI  NO

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

**dichiara di appartenere alla seguente categoria (indicare con una X la posizione ricoperta)**

	TITOLARE	AMMINISTRATORE	DIRIGENTE
LAVORATORE DIPENDENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LAVORATORE AUTONOMO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**chiede**  
di poter assumere la qualifica di Beneficiario delle prestazioni del Fondo, ai sensi di quanto previsto dall'art. 4 dello Statuto con le modalità e secondo i termini stabiliti dalla normativa del Fondo.  
**Indicare con una x il piano prescelto:**

- PIANO BASE  € 12,00 mensili (€ 144,00 su base annua)
- OPZIONE 1  € 125,00 mensili (€ 1.500 su base annua)
- OPZIONE 2  € 236,25 mensili (€ 2.835 su base annua)

**chiede**  
di iscriversi a PMI Salute i familiari (1), come di seguito individuati e versare la relativa contribuzione e quota con le modalità e secondo i termini stabiliti dalla normativa del Fondo.

(1) Coniuge non legalmente ed effettivamente separato o l'unito civilmente o convivente di fatto, figli fino al compimento del 26° anno di età, figli senza alcun limite di età che si trovino per grave infermità nell'assoluta e permanente impossibilità a svolgere un'attività lavorativa (compresi i figli adottivi, affidati o affigliati). Il Nucleo Familiare come sopra indicato, dovrà risultare fiscalmente a carico del lavoratore titolare della copertura (o per il convivente di fatto in analoga condizione reddituale).



### CONIUGE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Fiscalmente a carico  Sì  No

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso  F  M Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

**(in alternativa) Convivente more uxorio  
Dichiaro di convivere more uxorio con:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Fiscalmente a carico  Sì  No

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso  F  M Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

### FIGLIO/A (1)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Fiscalmente a carico  Sì  No

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso  F  M Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

### FIGLIO/A (2)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Fiscalmente a carico  Sì  No

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso  F  M Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

### FIGLIO/A (3)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Fiscalmente a carico  Sì  No

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso  F  M Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

### FIGLIO/A (4)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Fiscalmente a carico  Sì  No

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Sesso  F  M Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Indirizzo di residenza \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Comune di residenza \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Nazione \_\_\_\_\_

<b>FIGLIO/A (5)</b>			
Cognome _____	Nome _____	Fiscalmente a carico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Codice Fiscale _____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nato/a il _____	a _____
Indirizzo di residenza _____		C.A.P. _____	
Comune di residenza _____	Provincia _____	Nazione _____	
<b>FIGLIO/A (6)</b>			
Cognome _____	Nome _____	Fiscalmente a carico	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Codice Fiscale _____	Sesso <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Nato/a il _____	a _____
Indirizzo di residenza _____		C.A.P. _____	
Comune di residenza _____	Provincia _____	Nazione _____	

Si impegna ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne di PMI Salute ed a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della propria posizione.

Dichiara inoltre di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione dei propri dati anagrafici e del Nucleo Familiare eventualmente iscritto.

Il sottoscritto è a conoscenza ed acconsente al trasferimento dei dati delle persone fisiche a PMI Salute e al relativo Gestore Sanitario.

PMI Salute ed il relativo Gestore Sanitario si riservano la facoltà di effettuare, in qualsiasi momento, opportune verifiche chiedendo all'assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese.

L'iscrizione al Fondo PMI Salute decorre dal mese successivo a quello in cui il modulo è pervenuto al Fondo stesso. L'adesione al piano sanitario impegna ai versamenti per l'intero anno in corso e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno.

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

Firma \_\_\_\_\_

**Firma dei familiari (se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela):**

(1) \_\_\_\_\_

(2) \_\_\_\_\_

(3) \_\_\_\_\_

(4) \_\_\_\_\_

(5) \_\_\_\_\_

(6) \_\_\_\_\_

Il presente modulo compilato e sottoscritto, in duplice copia, dovrà essere consegnato alla propria Azienda: una copia per il sottoscrittore e una da trattenere da parte dell'Azienda per i propri adempimenti interni.

<b>Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 2016/679 (GDPR)</b>	
Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), è consapevole che il mio consenso è obbligato per usufruire dei servizi del presente contratto come previsto dal paragrafo 2a.	
Per i servizi accessori che richiedono il consenso separato autorizzo PMI SALUTE:	
per il punto 2b -	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO (Si prega di spuntare su quanto si vuole comunicare)
per il punto 2c -	<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO (Si prega di spuntare su quanto si vuole comunicare)
Data compilazione	Firma
_____	_____

**NOTA BENE:** L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme previste 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), PMI Salute - Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito per brevità PMI Salute, 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 esaustiva informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentandoLe 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, e-mail; 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 a PMI Salute 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 a PMI Salute 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 a PMI Salute; 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 PMI Salute 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 PMI Salute è soggetto (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 di PMI Salute 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.

c. per finalità accessorie a quelle di PMI Salute quali, a titolo esemplificativo, per svolgere attività di informazione e comunicazione tramite newsletter. 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, PMI Salute, e così pure i responsabili a ciò preposti, si avvalgono di misure organizzative, fisiche e logiche adeguate a garantirne 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 di PMI Salute, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità di PMI Salute 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. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 c), 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, PMI Salute 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 PMI Salute 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 di PMI Salute.

Tali soggetti utilizzeranno i dati in qualità di autonomi "titolari" o di "responsabili" di specifici trattamenti in base ad accordi contrattuali con PMI Salute. I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

### 5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Titolare del trattamento è PMI 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 alle figure indicate nel successivo paragrafo 7.

### 6. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center di PMI Salute 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 quest'ultimo 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.

### 7. GOVERNANCE PRIVACY

Titolare del trattamento è: "PMI Salute - Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale" con sede a Roma, via Po, 44.

Ufficio Privacy PMI SALUTE contattabile all'indirizzo [privacy@fondopmisalute.it](mailto:privacy@fondopmisalute.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 [dpo@consulentegdpr.eu](mailto:dpo@consulentegdpr.eu).