

Informativa all'interessato
(Art. 13 Regolamento UE 679/2016)

Desideriamo informarLa che i dati da Lei forniti, di natura personale e sensibile, saranno trattati nel rispetto dei principi di liceità, correttezza, pertinenza, integrità, riservatezza e trasparenza rispetto agli scopi per i quali sono raccolti.

Il trattamento è effettuato sulla base del Suo consenso esplicito - revocabile successivamente senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento svolto in precedenza - per finalità attinenti all'esercizio dell'attività assistenziale complementare secondo i principi statutari del Fondo e per l'assolvimento degli obblighi di legge correlati e conseguenti, nonché per inviare comunicazioni di servizio attinenti il rapporto associativo. I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività del Fondo per il perseguimento delle finalità statutarie e in particolare al fine di fornire agli iscritti ed eventualmente ai relativi famigliari prestazioni integrative e/o migliorative di quelle erogate dal S.S.N. in occasione di malattie e infortuni mediante concessione agli iscritti di erogazione di natura economica sia in forma diretta che mediante rimborso.

I dati raccolti saranno trattati con e senza l'ausilio di strumenti informatici.

Il conferimento dei dati è obbligatorio e il rifiuto a fornire i dati comporterà l'impossibilità di erogare i servizi previsti.

I dati da Lei forniti potranno essere conosciuti dai dipendenti di FIM Valore Salute, specificatamente autorizzati a trattare tali dati in qualità di incaricati del trattamento, ai soli fini sopra descritti. Gli incaricati sono tenuti al segreto e alla riservatezza anche sulla base di apposito regolamento interno.

I dati strettamente necessari per l'assolvimento degli obblighi di natura fiscale e contabile potranno essere comunicati ad un professionista di fiducia, il quale è tenuto a scrupolose regole di riservatezza, anche su base deontologica. Nell'ambito delle su elencate finalità i dati forniti potranno inoltre essere comunicati Strutture sanitarie e ospedaliere, pubbliche e private, professionisti medici e sanitari, Agenzia Entrate, Gruppo bancario Crédit Agricole Italia, Istituti bancari che devono effettuare il pagamento dovuto per le prestazioni.

L'ambito di comunicazione è nazionale. I dati sensibili non saranno mai diffusi.

I Suoi dati saranno conservati per tutta la durata del rapporto associativo ed anche successivamente per il periodo di conservazione obbligatoria previsto dalla legge (ad es. 10 anni per i dati di natura contabile e fiscale).

L'interessato viene poi reso edotto che il dipendente del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia ha la facoltà di accedere e consultare i dati relativi al coniuge e ai famigliari beneficiari delle prestazioni del Fondo, poiché i rimborsi sono associati, anche a fini fiscali, al codice fiscale del dipendente del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia. Inoltre qualora vengano meno i presupposti per l'iscrizione al Fondo (ad es. cessazione del rapporto di lavoro del Gruppo Bancario Crédit Agricole Italia o revoca del consenso al trattamento), viene conseguentemente sospeso sia il profilo del dipendente medesimo che dei suoi famigliari, pertanto è onere dell'interessato recuperare tutta la documentazione riferita a sé, al proprio coniuge e ai suoi famigliari, mediante richiesta alla segreteria del Fondo oppure attraverso le soluzioni informatiche rese disponibili da FIM Valore Salute.

Il titolare del trattamento è **Fondo di assistenza sanitaria integrativa e prevenzione malattia – FIM Valore Salute** con sede legale in Pordenone Via Vittorio Veneto, 1/a in persona del legale rappresentante *pro tempore*. Agli stessi contatti del Titolare o all'indirizzo email dpo@avvocatocorsini.it è possibile contattare il Responsabile della protezione dei dati.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi degli Artt. 15 e ss. del Regolamento in particolare per esercitare l'accesso sugli stessi, per ottenere la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che la riguardano, per chiederne l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione o per chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali o per manifestare l'opposizione al loro trattamento, per chiederne la portabilità. Detti articoli prevedono inoltre il diritto dell'interessato di proporre reclamo ad un'Autorità di controllo (in Italia è il Garante per la protezione dei dati personali).

ASSOCIATO/A

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Il _____ e residente a _____ Tel. _____

Preso atto della informativa sopra esposta, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali e sensibili per le finalità illustrate.

Data..... L'interessato

ASSOCIATO/A PER FIGLI MINORENNI

Consenso al trattamento dei dati dei propri figli minorenni iscritti

Io sottoscritto/a _____ per i miei figli minorenni iscritti
nome e cognome Associato/a

_____	__/__/____	_____
<i>nome e cognome figlio/a minorenne</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>
_____	__/__/____	_____
<i>nome e cognome figlio/a minorenne</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>
_____	__/__/____	_____
<i>nome e cognome figlio/a minorenne</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>
_____	__/__/____	_____
<i>nome e cognome figlio/a minorenne</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>

preso atto della normativa vigente sulla tutela della riservatezza dei dati personali, **esprimo il mio consenso** al trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano i miei figli minorenni iscritti, che avverrà secondo le modalità e con le finalità indicate nella normativa.

Sono consapevole che, **in mancanza di consenso, risulta impossibile per il Fondo dar corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni statutariamente previste.**

Luogo, __/__/____

_____ Firma Associato/a (leggibile)

CONIUGE E FIGLI MAGGIORENNI DELL'ASSOCIATO/A

Consenso al trattamento dei propri dati da parte dei familiari iscritti (coniuge e figli maggiorenni)

preso atto della normativa vigente sulla tutela della riservatezza dei dati personali, **esprimo il mio consenso** al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano, che avverrà secondo le modalità e con le finalità indicate nella normativa.

Sono consapevole che, **in mancanza di consenso, risulta impossibile per il Fondo dar corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni statutariamente previste.**

Inoltre, quale familiare iscritto, presto il consenso alla visibilità e alla comunicazione da parte del Fondo dei miei dati personali e sensibili all'Associato/a che mi ha reso beneficiario.

_____	__/__/____	_____	_____
<i>nome e cognome coniuge</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>firma coniuge</i>
_____	__/__/____	_____	_____
<i>nome e cognome coniuge</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>firma figlio/a</i>
_____	__/__/____	_____	_____
<i>nome e cognome coniuge</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>firma figlio/a</i>
_____	__/__/____	_____	_____
<i>nome e cognome coniuge</i>	<i>data di nascita</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>firma figlio/a</i>

Luogo, __/__/____