FASCHIM
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA

www.faschim.it

Spazio riservato al Fondo

MODULO ISCRIZIONE/MANTENIMENTO PER FAMILIARI di DIPENDENTI IN MOBILITA'- Mod.Mob._Fam.

compilare e inviare via mail a segreteria@faschim.it
o via fax al numero 02 33106422

DIPENDENTE IN MOBILITA'

Codice FASCHIM

Cognome _____ Nome _____

Dichiaro di voler procedere con l'iscrizione del mio nucleo familiare contribuendo a versare personalmente la quota dovuta al Fondo.

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE PER CUI SI VUOLE PROCEDERE CON LA CONTRIBUZIONE VOLONTARIA (da compilare sempre)

Cognome e Nome _____ Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____ Cognome e Nome _____

Cognome e Nome _____ Cognome e Nome _____

IMPORTANTE:
SE SI STA PROCEDENDO AD ISCRIVERE UN FAMILIARE CHE NON ERA ISCRITTO E' NECESSARIO COMPILARE ANCHE TUTTI I DATI RICHIESTI NELLE PAGINE SUCCESSIVE PERCHE' IL FONDO POSSA PROVVEDERE A INSERIRE I DATI DI NUOVI COMPONENTI.

Attivazione e conclusione:
-il mese di inizio sarà il mese in cui ci comunichi la richiesta di iscrizione.
-l'attivazione effettiva del nucleo avviene quando il fondo riceve il primo versamento.
-Il nucleo familiare prosegue fino alla decorrenza dell'iscrizione del dipendente

Il pagamento dei contributi dovuti a FASCHIM è trimestrale anticipato tramite Bollettino bancario che il fondo invia all'associato.***Suggeriamo di farsi inviare il bollettino via email (indicare la mail).***

Dove vuoi che ti venga spedito il bollettino? (metti una crocetta)

☐ via e-mail al seguente indirizzo _____@_____

☐ via posta - al seguente indirizzo *(compilare se diverso da residenza)* :

Indirizzo_____Cap _____

Località _____Prov. _____

Data _____ Firma _____

FASCHIM
FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA

www.faschim.it

Dipendente in mobilità.

Se stai iscrivendo un nuovo nucleo familiare o un nuovo familiare, compila i dati richiesti e verifica la documentazione che devi inviare al fondo.

SI PREGA DI INSERIRE TUTTE LE FIRME RICHIESTE

CONIUGE / CONVIVENTE

Cognome e Nome _____ Codice fiscale _____

Sesso (M/F) _____ Data nascita (GG/ MM/ AAAA) _____ Data iscrizione (MM/ AAAA) _____

Barra la casella corrispondente

☐ Coniuge ☐ Convivente

A) DA FIRMARE SEMPRE

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 Faschim, nella sua qualità di Titolare del trattamento, con le modalità e nei limiti di cui sopra richiamata Informativa, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

_____
Firma del coniuge/convivente

B) DA FIRMARE - INSIEME AL BOX A - SOLO IN CASO DI ISCRIZIONE DEL CONVIVENTE
Autocertificazione coppie di fatto
Io sottoscritto **dichiaro di convivere more uxorio** (convivenza di tipo matrimoniale di un uomo e una donna non legalmente sposati) **da oltre 12 mesi** rispetto alla data di sottoscrizione della presente, con il/la presente consapevole che in caso di dichiarazione inesatta o mendace incorrerò in sanzioni previste dalla legge.

_____
Firma del dipendente iscritto principale

FIGLIO

Cognome e Nome _____ Codice fiscale _____

Sesso (M/F) _____ Data nascita (GG/ MM/ AAAA) _____ Data iscrizione (MM/ AAAA) _____

DA FIRMARE SEMPRE

Consenso al trattamento dati del figlio
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 Faschim, nella sua qualità di Titolare del trattamento, con le modalità e nei limiti di cui 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)

DA FIRMARE SEMPRE

Autocertificazione per la soglia di reddito del figlio (da 0 a 30 anni)
Io sottoscritto dichiaro **che mio figlio non percepisce, un reddito annuo superiore alla soglia identificata nel valore pro tempore dell'assegno sociale (€ 5.749,90). Sono consapevole che in caso di dichiarazione inesatta o mendace incorrerò in sanzioni previste dalla legge.**

_____
Firma del dipendente iscritto principale o del coniuge/convivente del dipendente)

IMPORTANTE in caso di iscrizione di un figlio di età compresa tra 26 anni (già compiuti) e 30 anni (non ancora compiuti):

l'iscrizione è possibile esclusivamente **SE IL FIGLIO È INCLUSO NELLO STATO DI FAMIGLIA DEL DIPENDENTE ISCRITTO.** Perché la posizione venga attivata **è necessario inviare** al fondo **copia dello stato di famiglia,** in forma cartacea o tramite l'apposita funzione di upload nell'area riservata sul sito www.faschim.it .

FIGLIO

Cognome e Nome _____ Codice fiscale _____

Sesso (M/F) _____ Data nascita (GG/ MM/ AAAA) _____ Data iscrizione (MM/ AAAA) _____

DA FIRMARE SEMPRE	DA FIRMARE SEMPRE
Consenso al trattamento dati del figlio 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 Faschim, nella sua qualità di Titolare del trattamento, con le modalità e nei limiti di cui 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)*	**Autocertificazione per la soglia di reddito del figlio (da 0 a 30 anni)** Io sottoscritto dichiaro **che mio figlio non percepisce, un reddito annuo superiore alla soglia identificata nel valore pro tempore dell'assegno sociale (€ 5.749,90). Sono consapevole che in caso di dichiarazione inesatta o mendace incorrerò in sanzioni previste dalla legge.** _____ *Firma del dipendente iscritto principale o del coniuge/convivente del dipendente)*

IMPORTANTE in caso di iscrizione di un figlio di età compresa tra 26 anni (già compiuti) e 30 anni (non ancora compiuti):

l'iscrizione è possibile esclusivamente **SE IL FIGLIO È INCLUSO NELLO STATO DI FAMIGLIA DEL DIPENDENTE ISCRITTO.** Perché la posizione venga attivata **è necessario inviare** al fondo **copia dello stato di famiglia,** in forma cartacea o tramite l'apposita funzione di upload nell'area riservata sul sito www.faschim.it .

Mi impegno a segnalare tempestivamente a FASCHIM i mutamenti che dovessero intervenire rispetto alla situazione sopra descritta, consapevole che in caso di dichiarazioni inesatte incorrerò nelle sanzioni previste dalla legge.
Il Fondo si riserva la facoltà di chiedere al dipendente documentazione idonea alla verifica della presenza delle condizioni di iscrivibilità.

Data _____ Firma _____

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ADERENTI A FASCHIM – INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART.13 DEL DLGS.196/03, CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

La informiamo che FASCHIM, Fondo Nazionale di Assistenza Sanitaria, con sede in Milano, Via Giovanni da Procida n. 11 (tel. 02.34592220 - fax 02.33106422) è Titolare del trattamento dei dati dei lavoratori ai quali si applica il CCNL per gli addetti all'industria chimica, chimico-farmaceutica, delle fibre chimiche e dei settori ceramica, abrasivi, lubrificanti e GPL, aderenti a FASCHIM, in ottemperanza alle finalità previste dallo Statuto e dal Regolamento ed in esecuzione degli obblighi derivanti dallo stesso CCNL inerenti la copertura sanitaria integrativa. A tal riguardo FASCHIM effettua il trattamento dei dati anagrafici e sensibili relativi al rimborso delle spese sanitarie riferiti ai lavoratori aderenti al Fondo ed ai componenti il loro nucleo familiare, nel caso abbiano chiesto l'estensione del servizio di assistenza sanitaria complementare.
Il DLgs. 30.06.2003, n.196, prevede che la persona i cui dati personali vengono trattati sia debitamente informata su tale trattamento.
Ciò premesso, dovendo gestire il rimborso delle spese mediche sostenute, La informiamo che il trattamento riguarda sia dati personali sia dati sensibili idonei a rivelare lo stato di salute. La informiamo, inoltre, che la parte di documentazione sanitaria, che viene trattenuta dal Fondo (moduli R01 e D01, cartella clinica – se l'iscritto non fa esplicita richiesta di restituzione -), verrà conservata per 15 mesi dalla data della lettera di liquidazione. Dopo tale periodo, il Fondo procederà a macerarla.

Pertanto La informiamo che:

1. il trattamento che FASCHIM effettua è finalizzato esclusivamente ad attribuire al lavoratore aderente, nonché ai componenti del suo nucleo familiare, se ne è stata chiesta l'iscrizione, la corretta posizione giuridica e contributiva per la gestione del diritto al rimborso delle spese sanitarie, secondo lo Statuto ed il Regolamento del Fondo. I dati trattati saranno utilizzati anche per la gestione amministrativa delle quote contributive. Inoltre per consentire agli aderenti di conoscere le iniziative di FASCHIM e di essere aggiornati sulle materie attinenti ai servizi offerti, i dati potranno essere utilizzati per inviare con varie modalità agli associati notiziari, bollettini, newsletter e materiale informativo;
2. il trattamento dei dati avverrà principalmente attraverso una rete di comunicazione elettronica e mediante strumenti informatici e telematici oltre che manuali e su supporti cartacei, con l'uso di logiche strettamente correlate alle finalità della raccolta ed in modo da assicurare sempre il rispetto di quanto stabilito dall'art. 11 del DLgs. 196/03 e delle misure di sicurezza previste;
3. il conferimento dei dati è necessario per consentire l'erogazione dei servizi di assistenza sanitaria integrativa; il relativo trattamento non può avere luogo senza il consenso del lavoratore e dei suoi familiari maggiorenni che abbiano fatto richiesta di adesione alla copertura sanitaria integrativa offerta da FASCHIM;
4. il mancato conferimento dei dati e il mancato consenso non consentirebbero l'applicazione delle norme richiamate e non renderebbero possibile mantenere l'iscrizione a FASCHIM del lavoratore nonché quella del suo nucleo familiare, se ne ha chiesto l'iscrizione, non essendo possibile gestire le relative posizioni senza trattare i dati personali richiesti;
5. I dati da Lei forniti potranno essere conosciuti, secondo le relative competenze, esclusivamente dai seguenti soggetti:
   a. la società di *service*, S.D.S. System Data Software, Via Fiume Bianco 56, 00144 Roma, nominata Responsabile del trattamento e preposta da FASCHIM alla gestione informatica dell'anagrafe degli associati, nonché alla determinazione dei rimborsi delle spese per prestazioni sanitarie;
   b. i dipendenti e/o collaboratori del Responsabile e/o di FASCHIM incaricati delle relative operazioni di trattamento;
   c. l'istituto bancario preposto da FASCHIM alla riscossione dei contributi e al pagamento dei rimborsi;
   d. le società che gestiscono su incarico di FASCHIM servizi postali informatizzati per l'invio di comunicazioni agli associati ed a soggetti interessati alle attività di assistenza sanitaria integrativa.

La informiamo inoltre che, ai sensi dell'art. 7 del DLgs. 196/03, l'interessato ha il diritto di:

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge;
- ottenere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione dei dati stessi;
- opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei propri dati personali.

L'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 può essere svolto presso il direttore di FASCHIM, dott. Claudio Giammatteo, nominato a questi fini Responsabile del trattamento, domiciliato presso FASCHIM, via Giovanni da Procida 11, 20149 Milano (tel. 02.34592220 - fax 02.33106422).