



BOZZA CONVENZIONE

MODULO DI ADESIONE POLIZZA SALUTE

Convenzione Dipendenti Deutsche Bank

Scadenza al 30.06 di ogni anno; possibilità di aderire anche con scadenza semestrale al 31.12 di ogni anno.

Possibilità di adesione fino al compimento del 70° anno d'età. La copertura scade comunque al compimento dell'80° anno d'età.

Nome Cognome Nato il

a Prov.....Domicilio in via n°.....

CAP.....Città.....Cod. Fiscale Tel.

PREMIO di ADESIONE:

- Aderisce singola premio annuo **€ 645,00**;
- Garanzia estesa anche a componenti del nucleo familiare, inclusi nello Stato di Famiglia, (coniuge o convivente "more uxorio" e figli) il premio annuo è di **€ 645,00** oltre **€ 480,00** per ogni familiare.

ESEMPIO: per un DIPENDENTE che decida di aderire alla Convenzione il premio sarà di € 645,00 - nel caso si richieda anche l'iscrizione per il nucleo familiare (composto da coniuge e due figli) il Premio annuo per nucleo così composto sarà di € 2.085,00.

Dichiaro di aderire al Piano Sanitario riservato ai Dipendenti Deutsche Bank.

Il presente modulo dovrà essere redatto e inviato **ESCLUSIVAMENTE in originale** a mezzo raccomandata ad Area Brokers Industria Srl – Piazza San Sepolcro, 2 - 20123 Milano. Il modulo può essere anticipato mezzo **Fax al n° 02/86991329**

Per il piano scelto verso un Premio annuo di €.Comunico inoltre le coordinate bancarie di riferimento per gli eventuali rimborsi:

C/CCodice ABI.....Codice CAB.....CIN.....

Data Firma

RICHIESTA INSERIMENTO SOGGETTI APPARTENENTI AL NUCLEO FAMILIARE

Chiedo l'adesione al piano sanitario dei familiari sottoriportati e allego lo Stato di Famiglia o un'autocertificazione che attesti che i familiari sottoriportati sono tutti presenti nello Stato di Famiglia:

Cognome Nome	Luogo e Data di nascita	Grado di parentela	Codice fiscale	Premio aggiuntivo
1)				€
2)				€
3)				€
4)				€

Dichiaro che nessuno dei beneficiari del piano sanitario prescelto è stato o è affetto da una delle seguenti patologie (in caso contrario la persona non potrà beneficiare della copertura):

- Tumori insorti nei 5 anni precedenti alla data di sottoscrizione del piano;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, epatopatie croniche e cirrosi epatica);
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del piano;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione del piano (ad es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);

- Sieropositività all'HIV;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%.

E prendo atto che la copertura cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopraindicate.

Dichiara inoltre di prendere atto che per le seguenti voci:

- Miopia - Cataratta – Varici – Emorroidi - Ipertrofia prostatica - Calcolosi renale ed epatica – Diabete - Meniscectomia - Ernie: tutti i tipi - Malattie a carico della tiroide - Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni - Insufficienza renale verranno osservate le seguenti modalità indennitarie:

Per la garanzia Ricoveri: indennizzabilità nei due anni dalla sottoscrizione del piano con riconoscimento di un importo forfettario di € 260 per ogni patologia, a meno che il socio non dimostri, dietro presentazione di cartella clinica, che l'alterazione sia già stata affrontata chirurgicamente nella medesima sede o nel medesimo organo, nel qual caso le spese verranno liquidate secondo le disposizioni previste dalla polizza se effettuate in strutture non convenzionate, convenzionate con UniSalute o nel SSN; nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate con ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale, verrà corrisposta l'indennità sostitutiva per un massimo di giorni 3.

Il socio potrà in ogni caso avvalersi delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute S.p.A. con relativa applicazione delle tariffe concordate, mantenendo le spese a proprio carico.

Oltre tale termine temporale, le voci suindicate rientreranno a pieno titolo nelle garanzie del piano secondo le modalità della forma di assistenza diretta o della forma rimborsuale.

Data.....

Firma

MODALITA' DI PAGAMENTO ESCLUSIVAMENTE A MEZZO BONFICO BANCARIO A FAVORE DI:

AREA BROKERS INDUSTRIA SRL – CODICE IBAN IT84Y050480160400000016806
(Banca Pop. Commercio e Industria Ag. 4 Via Bocchetto - Milano)

Entrata in copertura dal 30.6 al 31.12 di ogni anno	Entrata in copertura dal 1.1 al 29.6 di ogni anno
<input type="checkbox"/> € 645,00 per adesione	<input type="checkbox"/> € 387,00 per adesione
<input type="checkbox"/> € 480,00 per ogni componente il nucleo familiare come sopra descritto	<input type="checkbox"/> € 288,00 per ogni componente il nucleo familiare come sopra descritto

La copertura sanitaria avrà effetto dalle ore 24.00 dell'ultimo giorno del mese dell'invio dell'adesione e del pagamento per tutte le adesioni e i pagamenti. Qualora l'adesione e il relativo pagamento pervenga successivamente al 25 del mese, la copertura sarà operativa dalla fine del mese successivo. Esempio:

- Adesione e pagamento pervenuti con raccomandata il 24.06 effetto garanzia ore 24.00 del 30.06
- Adesione e pagamento pervenuti con raccomandata il 26.06 effetto garanzia ore 24.00 del 31.07

Data.....

Firma Assicurato

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c. il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare e accettare specificatamente quanto disposto in merito a: Interventi chirurgici/patologie particolari - Requisiti di adesione - Limiti di età - Termini di aspettativa - Altre adesioni a mutue/assicurazioni – Controversie - Tacita proroga

Data.....

Firma Assicurato

ALL.: Informativa per il consenso al trattamento dei dati personali per UNISALUTE (All.1)

Informativa per il consenso al trattamento dei dati personali per Area Brokers Industria Srl (All.2)

Al.1

INFORMATIVA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 10 della legge 31 dicembre 1996, n.675 (in seguito denominata Legge), ed in relazione ai dati personali che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, La/Vi informiamo di quanto segue.

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento è diretto all'espletamento da parte di Unisalute S.p.A. delle finalità attinenti l'esercizio dell'attività assistenziale complementare e di quelle ad essa connesse (ivi compresa quella liquidativa), nonché di informazione sulle prestazioni a cui la stessa Unisalute è autorizzata, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento

- è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art. 1, della Legge: raccolta, registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, comunicazione; conservazione; cancellazione/distruzione; sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità, tutela;
- è effettuato manualmente nonché con l'ausilio di mezzi elettronici o telematici;
- è svolto direttamente dall'organizzazione della Unisalute e da soggetti esterni a tale organizzazione (quali Compagnie di Assicurazione, Banche, SIM, etc.).

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- strettamente necessario alla costituzione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla erogazione/liquidazione delle prestazioni;
- obbligatorio in base a legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, per antiriciclaggio)

4. RIFIUTO DI CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali può comportare l'impossibilità di costituire od eseguire il rapporto giuridico o di garantire le prestazioni di assistenza complementare.

5. COMUNICAZIONE, DIFFUSIONE E TRASFERIMENTO DEI DATI

- I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, ai soggetti deputati alla gestione delle forme di assistenza complementare quali Compagnie assicurative, SIM, Banche e ai soggetti deputati all'erogazione assistenziale complementare quali Compagnie assicurative e loro reti di fornitori sanitari (case di cura, poliambulatori, centri diagnostici). In tal caso, i dati identificativi dei corrispondenti titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso il Registro Pubblico tenuto dal Garante per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali nonché presso i suddetti soggetti. Inoltre i dati personali possono essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni ai sensi di legge.
- In particolare i dati personali saranno comunicati ad Unisalute S.p.A., Via A. da Formigine 1 – 40128 Bologna, la quale potrà trattarli e comunicarli ai soggetti sopra indicati per finalità attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa e di quelle ad essa connesse (preparazione, conclusione ed esecuzione dei contratti, erogazione o liquidazione delle prestazioni sanitarie, informazione e promozione commerciale di propri prodotti, svolgimento di ricerche di mercato e di indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti). Titolare del trattamento dei dati è Unisalute S.p.A., nella persona del Direttore Generale pro-tempore.
Responsabile del trattamento dei dati personali, relativamente all'esercizio da parte degli interessati, dei diritti di cui all'art. 13 della legge 675/96 è la Sig.ra Domietta Tedeschi .
L'elenco completo dei Responsabili del trattamento può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al suddetto Responsabile oppure consultando il sito internet www.unisalute.it.
- I dati personali possono inoltre essere comunicati ai terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione.
- I dati personali non sono soggetti a diffusione né a trasferimento all'estero.

6. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art.13 della Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare o dai responsabili del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

7. TITOLARE DEL TRATTAMENTO - Titolare del trattamento è Unisalute s.p.a. .

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI AI SENSI Art. 23 D.LGS. 196/2003

Preso atto dell'informativa di cui sopra, acconsento/iamo al trattamento dei dati personali, sia comuni sia sensibili, che mi/ci riguardano, funzionale all'esercizio dell'attività assistenziale complementare e alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità ivi indicate od obbligatorie per legge

Rimane fermo che il mio/nostro consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Nome e cognome dell'interessato (*leggibile*)

Luogo e data

Nome e cognome dell'interessato (*leggibile*)

(firma)

(firma)

Data

Firma Dipendente Deutsche Bank

All. 2

DA SOTTOSCRIVERE PER CIASCUN ASSICURATO DEL NUCLEO

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PER LE PERSONE FISICHE

Io sottoscritto/a _____ CF _____
Nato a _____ Il _____

con la firma apposta alla presente, attesto il mio libero consenso affinché il Titolare e i responsabili incaricati procedano al trattamento dei miei dati personali e alla loro comunicazione nell'ambito dei soggetti e per le finalità indicati nell'informativa medesima.

Esprimo il consenso per eventuale trattamento di dati personali definiti "sensibili" nei limiti in cui sia strumentale per le finalità del trattamento elencate nella presente informativa, dichiarando di avere ricevuto copia della presente informativa. Dichiaro di essere stato reso edotto del fatto che i modelli di comunicazione, denuncia o dichiarazione da Voi elaborati, per mio conto, potranno essere consegnati o inviati da Voi direttamente agli Enti preposti, in forma cartacea e/o informatica.

Tale consenso viene da me espresso anche per dati, documenti, denunce, comunicazioni, dichiarazioni e quant'altro mi riguarda, relativamente ad anni precedenti e attualmente ancora in Vostro possesso e per la documentazione che Vi consegnerò per le Vostre future prestazioni.

Tutte le autorizzazioni da me rilasciate potranno essere revocate in ogni momento solo a mezzo di lettera raccomandata a.r. a Voi indirizzata e detta revoca avrà effetto dal giorno successivo a quello di ricevimento di detta raccomandata.

Firma leggibile

Data _____

Autorizzo alla consegna di documenti contenenti i miei dati a terzi:

Vi autorizzo a consegnare copie od originali della mia documentazione di qualsiasi tipo in Vostro possesso, nulla escluso, al mio coniuge, ai miei conviventi e ai miei figli.

Oppure

Vi autorizzo a consegnare copie od originali della mia documentazione di qualsiasi tipo in Vostro possesso, nulla escluso, alle seguenti persone:

Firma leggibile

Data _____