



DIPARTIMENTO DEL
INTERNO

9 FEB 2017

000 579
555/0110/14

personale della
60-SS.
R

Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
DIREZIONE CENTRALE PER GLI AFFARI GENERALI DELLA POLIZIA DI STATO

CIRCOLARE TELEGRAFICA

N. 559/C/5/H/83/760

Roma, - 8 FEB. 2017

OGGETTO: Convenzione C.A.S.P.I.E., a favore del personale della Polizia di Stato in servizio e del personale in servizio presso il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, acquistabile mediante delegazione di pagamento. (Cod. 800/CV9).
Nuova apertura adesioni.

Allegati 2

- ALLA SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
- Ufficio Affari Generali e Personale SEDE
- Ufficio Analisi, Programmi e Documentazione SEDE
- Ufficio Ordine Pubblico SEDE
- Ufficio Relazioni Esterne e Cerimoniale SEDE
- Ufficio per i Servizi Tecnico-Gestionali SEDE
- Segreteria Tecnica del Programma Operativo
- “Sicurezza per lo Sviluppo del Mezzogiorno d’Italia” SEDE
- Ufficio per gli Interventi di Sviluppo delle Attività Amministrative
- Ufficio per le Relazioni Sindacali SEDE
- ALL'UFFICIO PER L'AMMINISTRAZIONE GENERALE
DEL DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA SEDE
- ALL'UFFICIO PER IL COORDINAMENTO
E LA PIANIFICAZIONE DELLE FORZE DI POLIZIA SEDE
- ALL'UFFICIO CENTRALE ISPETTIVO SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DELLA POLIZIA CRIMINALE ROMA
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DELLA POLIZIA DI PREVENZIONE SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DELL'IMMIGRAZIONE
E DELLA POLIZIA DELLE FRONTIERE SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE PER LA POLIZIA STRADALE,
FERROVIARIA, DELLE COMUNICAZIONI E PER I
REPARTI SPECIALI DELLA POLIZIA DI STATO SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE PER I SERVIZI ANTIDROGA ROMA
- ALLA DIREZIONE CENTRALE PER LE RISORSE UMANE SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE PER GLI ISTITUTI DI ISTRUZIONE SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DI SANITA' SEDE
- ALLA DIREZIONE CENTRALE DEI SERVIZI TECNICO-LOGISTICI E
DELLA GESTIONE PATRIMONIALE SEDE

cf



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
DIREZIONE CENTRALE PER GLI AFFARI GENERALI DELLA POLIZIA DI STATO

| | |
|--|-------------------|
| DI POLIZIA SCIENTIFICA | <u>LORO SEDI</u> |
| - AL SIG. DIRIGENTE DEL CENTRO DI COORDINAMENTO DEI SERVIZI A CAVALLO DELLA POLIZIA DI STATO | <u>LADISPOLI</u> |
| - AI SIGG. DIRIGENTI DEI REPARTI VOLO DELLA POLIZIA DI STATO | <u>LORO SEDI</u> |
| - AL SIG. DIRETTORE DEL CENTRO NAUTICO E SOMMOZZATORI DELLA POLIZIA DI STATO | <u>LA SPEZIA</u> |
| - AL SIG. DIRETTORE DEL CENTRO ELETTRONICO NAZIONALE DELLA POLIZIA DI STATO | <u>NAPOLI</u> |
| - AI SIGG. DIRIGENTI DEI REPARTI PREVENZIONE CRIMINE | <u>LORO SEDI</u> |
| - AI SIGG. DIRETTORI DEGLI ISTITUTI DI ISTRUZIONE, DI PERFEZIONAMENTO E CENTRI DI ADDESTRAMENTO DELLA POLIZIA DI STATO | <u>LORO SEDI</u> |
| - AI SIGG. DIRIGENTI DELLE ZONE TELECOMUNICAZIONI | <u>LORO SEDI</u> |
| - AI SIGG. DIRETTORI DEGLI AUTOCENTRI DELLA POLIZIA DI STATO | <u>LORO SEDI</u> |
| - AL SIG. DIRETTORE DELLO STABILIMENTO E CENTRO RACCOLTA ARMI | <u>SENIGALLIA</u> |
| - AI SIGG. DIRETTORI DEI CENTRI DI RACCOLTA REGIONALI ED INTERREGIONALI V.E.C.A. | <u>LORO SEDI</u> |
| - AL SIG. PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE NAZIONALE POLIZIA DI STATO Via Statilia, 30 | <u>ROMA</u> |

e, per conoscenza:

| | |
|---|-------------|
| - ALLA SEGRETERIA PARTICOLARE DEL CAPO DELLA POLIZIA DIRETTORE GENERALE DELLA PUBBLICA SICUREZZA | <u>SEDE</u> |
| - ALLA SEGRETERIA DEL VICE CAPO DELLA POLIZIA CON FUNZIONI VICARIE | <u>SEDE</u> |
| - ALLA SEGRETERIA DEL VICE CAPO DELLA POLIZIA PREPOSTO ALL'ATTIVITA' DI COORDINAMENTO E PIANIFICAZIONE DELLE FORZE DI POLIZIA | <u>SEDE</u> |
| - ALLA SEGRETERIA DEL VICE CAPO DELLA POLIZIA DIRETTORE CENTRALE DELLA POLIZIA CRIMINALE | <u>SEDE</u> |

Di seguito alle circolari ¹⁻² relative al rinnovo della convenzione in oggetto e alla proroga adesioni terminata il 29 febbraio 2016, si comunica che è stata concordata con la CASPIE la riapertura delle adesioni all'assistenza per l'annualità 2017 secondo le modalità che seguono:

¹ Circolare nr. 559/C/5/H/83 del 21.12.2015 avente per oggetto: "Convenzione con la Cassa di Assistenza Sociale e Sanitaria (CASPIE) ...".

² Circolare nr. 559/C/5/H/83 del 27.01.2016 prot. 633 avente per oggetto: "Convenzione con la Cassa di Assistenza Sociale e Sanitaria (CASPIE) ...".



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
DIREZIONE CENTRALE PER GLI AFFARI GENERALI DELLA POLIZIA DI STATO

- il personale interessato presenterà al proprio Ufficio Amministrativo Contabile competente per territorio, entro il 15 marzo 2017, la scheda di adesione compilata in ogni sua parte, indicando la scelta del Disciplinare A o B e l'importo corrispondente (solo dipendente o dipendente più nucleo). L'assistenza decorrerà dal 1° gennaio 2017 e terminerà il 31 dicembre 2018;
- eventuali richieste di adesione pervenute dopo il 15 marzo 2017 e non oltre il 15 maggio 2017, potranno essere accolte prevedendo l'inserimento in assistenza dal 1° luglio 2017 al 31 dicembre 2018;
- la prima trattenuta sarà effettuata con la mensilità stipendiale di aprile 2017 se l'adesione perverrà entro il 15 marzo 2017 e comprenderà le rate di gennaio, febbraio, marzo, aprile ed il pagamento anticipato del mese di maggio 2017. Qualora l'adesione dovesse pervenire successivamente rispetto alla data del 15 marzo 2017, e comunque entro il 15 maggio 2017, la prima trattenuta sarà effettuata con la mensilità di giugno 2017 e comprenderà il pagamento anticipato della quota del mese di luglio.

Gli addebiti verranno effettuati come indicato nella seguente tabella:

| Decorrenza coperture sanitarie | Scadenza presentazione scheda adesione al proprio Ufficio Amm.vo Contabile | Mensilità addebito | Quote mensili addebitate |
|--------------------------------|--|--------------------|--|
| 01.01.2017 | Entro il 15.03.2017 | Aprile 2017 | Gennaio, Febbraio, Marzo, Aprile e Maggio 2017 |
| 01.07.2017 | Entro il 15.05.2017 | Giugno 2017 | Luglio 2017 |

- per le adesioni di cui al punto a), la quota oggetto della trattenuta, nel caso di dipendente che desideri assicurare anche il proprio nucleo familiare, sarà composta dalla quota annuale per il dipendente sommata alla quota annuale per il nucleo, divisa per dodicesimi e moltiplicata per le cinque rate da imputare sulla busta paga di aprile, a seconda del Disciplinare di copertura assicurativa prescelto (A o B). Esempio :

- disciplinare A dipendente € 360,00 + nucleo € 576,00 = € 936,00/12*5= € 390,00
- disciplinare B dipendente € 440,00 + nucleo € 828,00 = € 1.268,00/12*5= € 530,00



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
DIREZIONE CENTRALE PER GLI AFFARI GENERALI DELLA POLIZIA DI STATO

- e) gli Uffici Amministrativi Contabili dovranno inviare alla CASPIE in un'unica soluzione le schede di adesione pervenute nei termini previsti per l'adesione ovvero il 15 marzo 2017 e il 15 maggio 2017, rispettivamente entro il 31 marzo e 31 maggio 2017;
- f) è ammesso, per il Personale della Polizia di Stato, il versamento del rateo di aprile a mezzo bonifico bancario con le modalità sopraindicate nei casi in cui sia necessario garantire la prevista salvaguardia stipendiale;
- g) esclusivamente per il personale in servizio presso il Dipartimento della Pubblica Sicurezza, non appartenente alla Polizia di Stato, è ammesso il versamento dei contributi, in unica rata a mezzo bonifico bancario, previa formale richiesta diretta alla CASPIE, per le autorizzazioni dell'Ente Mutualistico e per le indicazioni delle modalità di pagamento.

Sono stati, inoltre, redatti dalla CASPIE gli allegati nuovi moduli di adesione che sostituiscono i precedenti, con le diverse date di inserimento in assistenza.

Nel ringraziare per la consueta e fattiva collaborazione, si confida nella massima diffusione a tutto il personale interessato.

Tutte le informazioni utili e la relativa modulistica verranno pubblicate sul Portale Intranet della Polizia di Stato "Doppiavela", nella sezione dedicata alle Convenzioni>Programmi Assicurativi.

IL DIRETTORE CENTRALE

Dispenza

Spett. le
Ministero dell'Interno
Dipartimento della Pubblica Sicurezza
Questura/Reparto/Ufficio di _____
Ufficio Amministrativo Contabile

RICHIESTA DI ADESIONE

e p.c.

CASPIE
Ufficio Anagrafico
Pec: cassasanitaria@pec.caspie.it

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome) _____ (telefono) _____ (IBAN) _____
_____ (indirizzo e-mail) il quale risulta appartenente alla categoria del Personale in Servizio, chiede di aderire all'la sotto indicata assistenza sanitaria della CASPIE a decorrere dal 01/01/2017:

| | | |
|--------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> | Disciplinare A - Personale della Polizia di Stato o in servizio presso il Dipartimento della Pubblica Sicurezza | € 360,00 annui per il dipendente |
| | | € 576,00 annui pro/nucleo per i familiari conviventi (coniuge, figli, convivente more uxorio e relativi figli - quali interamente risultanti dallo stato di famiglia) |
| <input type="checkbox"/> | Disciplinare B - Personale della Polizia di Stato o in servizio presso il Dipartimento della Pubblica Sicurezza | € 444,00 annui per il dipendente |
| | | € 828,00 annui pro/nucleo per i familiari conviventi (coniuge, figli, convivente more uxorio e relativi figli - quali interamente risultanti dallo stato di famiglia) |

al fine di fruire con i familiari con lui di seguito elencati:

| Cognome e Nome | Rapporto di parentela con il richiedente | Data di nascita | Luogo di nascita | Sesso (1) | Convivente (2) | Indirizzo completo | | | | | Codice fiscale |
|----------------|--|-----------------|------------------|-----------|----------------|--------------------|----|-----|-------|----|----------------|
| | | | | | | Via / Piazza | n. | Cap | Città | PR | |
| 1 | TITOLARE | __/__/__ | | | | | | | | | |
| 2 | | __/__/__ | | | | | | | | | |
| 3 | | __/__/__ | | | | | | | | | |
| 4 | | __/__/__ | | | | | | | | | |
| 5 | | __/__/__ | | | | | | | | | |
| 6 | | __/__/__ | | | | | | | | | |

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà e che i familiari di cui sopra sono compresi per intero (come da stato di famiglia). Pertanto autorizza il Ministero dell'Interno (Dipartimento di Pubblica Sicurezza), a trattenerne sulle proprie competenze l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla CASPIE stessa secondo le modalità da questa comunicate. Dichiara altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e il Ministero dell'Interno (Dipartimento di Pubblica Sicurezza) e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto nell'art. 6 del Disciplinare A relativamente ai termini di presentazione della richiesta di rimborso.

Il/Li sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa. Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il/Li sottoscritto/i esprime/ono il consenso anche nei confronti degli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nell'informativa (specialisti medici, compagnie di assicurazioni e loro società di servizi, nonché eventualmente, in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali o fiscali), per il trattamento dei dati personali e sensibili strettamente necessari allo svolgimento da parte della CASPIE delle attività di gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie.

Data..... Firma del Titolare..... e dei familiari maggiorenni

(1) Indicare "M" o "F" a seconda del sesso.

(2) Indicare "SI" o "NO" a seconda che il familiare risulti o meno convivente.



CASPIE

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La CASPIE, con sede in Roma, Via Ostiense n. 131 L - 6° Piano, in qualità di "titolare" del trattamento, è tenuta a fornire agli assistiti alcune informazioni, ai sensi dell'art. 13 del D.LGS 196/2003, riguardanti la raccolta e l'utilizzo dei loro dati personali ai fini dello svolgimento dell'attività di assistenza sanitaria integrativa, nonché dell'erogazione delle relative prestazioni e servizi.

Allo scopo, di seguito forniamo una precisa informativa, unitamente al modulo di adesione alla CASPIE, contenente anche il riquadro per la manifestazione del consenso, che Le chiediamo di compilare, di sottoscrivere, di far leggere e sottoscrivere dai suoi familiari maggiorenni (intendendo tutti i nominativi degli assistiti) ai quali i dati eventualmente si riferiscono.

La invitiamo inoltre a trattenere copia del modulo che, debitamente compilato anche dai propri familiari maggiorenni (quando necessario), verrà restituito alla CASPIE.

I dati personali in possesso della CASPIE sono:

- forniti direttamente dall'assistito (come nel caso dei dati di tipo sanitario),
- oppure sono raccolti per il tramite dell'azienda da cui l'interessato dipende, al momento dell'avvio del rapporto di lavoro; successivamente nel corso del prosieguo del rapporto di lavoro quando si verificano variazioni definitive o provvisorie dei dati stessi, quando la stessa azienda è parte attiva in alcune fasi della procedura di rimborso.

Le informazioni raccolte riguardano: i dati anagrafici, la qualifica aziendale se comunicata, le generalità dei familiari e/o componenti il nucleo assistito, le certificazioni mediche soggette a rimborsi.

Per l'adempimento degli specifici obblighi assistenziali assunti, la CASPIE viene necessariamente a conoscenza di tali dati, personali e sanitari, senza dei quali non sarebbe possibile il completo rimborso delle spese mediche sostenute ed una corretta gestione delle relative pratiche.

Può accadere inoltre che la CASPIE, sempre nel trattamento dei documenti e dati sanitari indispensabili per l'espletamento delle pratiche di rimborso (ad esempio, certificati di gravidanza e maternità, certificati di invalidità e appartenenza a categorie protette), possa venire occasionalmente in possesso anche di altri dati che, per la loro natura, la legge definisce sensibili (in quanto da questi dati possono eventualmente desumersi l'origine razziale ed etnica dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché aspetti relativi alla vita sessuale).

Per il trattamento dei Suoi dati sanitari e di eventuali altri dati di natura sensibile, ove strettamente necessari per l'erogazione di prestazioni e servizi della CASPIE, la legge sulla privacy richiede una Sua specifica manifestazione di consenso, che troverà nell'allegato modulo.

I dati sono trattati, mediante l'impiego di idonee misure di sicurezza e riservatezza, nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa della CASPIE, attraverso l'utilizzo di strumenti anche informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in particolare, al perseguimento delle finalità di:

- gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie sostenute,
 - erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito,
 - fornitura degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc.,
 - adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo.
- Salva diversa indicazione dell'interessato, alcuni dati, non sensibili, possono essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio, pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

Per lo svolgimento di diverse attività la CASPIE ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni 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 e delle pratiche di rimborso in genere.

In particolare, i dati sanitari forniti dagli assistiti non sono divulgati a terzi e possono essere comunicati, per la gestione, l'omologazione e la liquidazione delle richieste di rimborso, soltanto a:

- specialisti medici o consulenti comunque esercenti le professioni sanitarie,
- compagnie di assicurazioni collegate alla CASPIE e loro società di servizi,
- in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali e fiscali.

Alle società o compagnie convenzionate con la CASPIE per l'erogazione degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc. sono comunicati solo i dati anagrafici necessari a comprovare l'adesione alla Cassa.

L'elenco di tali specifici soggetti, società e professionisti è comunque disponibile presso la CASPIE e potrà essere consultato in qualunque momento.

In qualsiasi momento, l'assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli correggere, aggiornare o cancellare (ai sensi dell'art. 7 del D.L.G.S. 196/2003), scrivendo o contattando la CASPIE ai recapiti sopra indicati. Tali richieste ed ulteriori informazioni potranno essere rivolte anche al Sig. Giuseppe Ciolino, quale "responsabile" del trattamento, presso la sede di Roma, Via Ostiense n. 131 L - 6° Piano.



RICHIESTA DI ADESIONE

Spett. le
Ministero dell'Interno
Dipartimento della Pubblica Sicurezza
Questura/Reparto/Ufficio di
Ufficio Amministrativo Contabile

CASPIE
Ufficio Anagrafico
Pec: cassasantaria@pec.caspie.it

e p.c.

Il/La sottoscritt/a _____ (cognome) _____ (nome) _____ (telefono) _____ (IBAN) _____
 _____ (indirizzo e-mail) _____

Il quale risulta appartenente alla categoria del Personale in Servizio, chiede di aderire alla sotto indicata assistenza sanitaria della CASPIE a decorrere dal 01/07/2017:

Disciplinare A - Personale della Polizia di Stato o in servizio presso il Dipartimento della Pubblica Sicurezza
 € 360,00 annui per il dipendente
 € 576,00 annui pro/nucleo per i familiari conviventi (coniuge, figli, convivente more uxorio e relativi figli - quali interamente risultanti dallo stato di famiglia)

Disciplinare B - Personale della Polizia di Stato o in servizio presso il Dipartimento della Pubblica Sicurezza
 € 444,00 annui per il dipendente
 € 828,00 annui pro/nucleo per i familiari conviventi (coniuge, figli, convivente more uxorio e relativi figli - quali interamente risultanti dallo stato di famiglia)

al fine di fruire con i familiari con lui di seguito elencati:

| Cognome e Nome | Rapporto di parentela con il richiedente | Data di nascita | Luogo di nascita | Sesso (1) | Convivente (2) | Indirizzo completo | | | Codice fiscale | |
|----------------|--|-----------------|------------------|-----------|----------------|--------------------|----|-----|----------------|-------|
| | | | | | | Via / Piazza | n. | Cap | | Città |
| 1 | TITOLARE | __/__/__ | | | | | | | | |
| 2 | | __/__/__ | | | | | | | | |
| 3 | | __/__/__ | | | | | | | | |
| 4 | | __/__/__ | | | | | | | | |
| 5 | | __/__/__ | | | | | | | | |
| 6 | | __/__/__ | | | | | | | | |

Dichiaro espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà e che i familiari di cui sopra sono compresi per intero (come da stato di famiglia). Pertanto autorizzo il Ministero dell'Interno (Dipartimento di Pubblica Sicurezza), a trattare sulle proprie competenze l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE. Datto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla CASPIE stessa secondo le modalità da questa comunicate. Dichiaro altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e il Ministero dell'Interno (Dipartimento di Pubblica Sicurezza) e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto nell'art. 6 del Disciplinare A relativamente ai termini di presentazione della richiesta di rimborso.

Il sottoscrittore dichiara di aver letto l'informativa dietro riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte della CASPIE dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa. Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il sottoscrittore esprime/ono il consenso anche nei confronti degli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nell'informativa (specialisti medici, compagnie di assicurazioni e loro società di servizi), nonché eventualmente, in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti (legali o fiscali), per il trattamento dei dati personali e sensibili strettamente necessari allo svolgimento da parte della CASPIE delle attività di gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie.

Data..... Firma del Titolare..... è dei familiari maggiorenni.....

(1) Indicare "M" o "F" a seconda del sesso.

(2) Indicare "SI" o "NO" a seconda che il familiare risulti o meno convivente.



CASPIE

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

La CASPIE, con sede in Roma, Via Ostiense n. 131 L - Corpo D - 6° Piano, in qualità di "titolare" del trattamento, è tenuta a fornire agli assistiti alcune informazioni, ai sensi dell'art.13 del DLGS 196/2003, riguardanti la raccolta e l'utilizzo dei loro dati personali ai fini dello svolgimento dell'attività di assistenza sanitaria integrativa, nonché dell'erogazione delle relative prestazioni e servizi.

Allo scopo, di seguito forniamo una precisa informativa, unitariamente al modulo di adesione alla CASPIE, contenente anche il riquadro per la manifestazione del consenso, che Le chiediamo di compilare, di sottoscrivere, di far leggere e sottoscrivere dai suoi familiari maggiorenni (intendendo tutti i nominativi degli assistiti) ai quali i dati eventualmente si riferiscono.

La invitiamo inoltre a trattenere copia del modulo che, debitamente compilato anche dai propri familiari maggiorenni (quando necessario), verrà restituito alla CASPIE.

I dati personali in possesso della CASPIE sono:

- forniti direttamente dall'assistito (come nel caso dei dati di tipo sanitario),
- oppure sono raccolti per il tramite dell'azienda da cui l'interessato dipende, al momento dell'avvio del rapporto di lavoro, successivamente nel corso del prosieguo del rapporto di lavoro quando si verificano variazioni definitive o provvisorie dei dati stessi, quando la stessa azienda è parte attiva in alcune fasi della procedura di rimborso.

Le informazioni raccolte riguardano: i dati anagrafici, la qualifica aziendale se comunicata, le generalità dei familiari e/o componenti il nucleo assistito, le certificazioni mediche soggette a rimborsi.

Per l'adempimento degli specifici obblighi assistenziali assunti, la CASPIE viene necessariamente a conoscenza di tali dati, personali e sanitari, senza dei quali non sarebbe possibile il completo rimborso delle spese mediche sostenute ed una corretta gestione delle relative pratiche.

Può accadere inoltre che la CASPIE, sempre nel trattamento dei documenti e dati sanitari indispensabili per l'esplicitamento delle pratiche di rimborso (ad esempio, certificati di gravidanza e maternità, certificati di invalidità e appartenenza a categorie protette), possa venire occasionalmente in possesso anche di altri dati che, per la loro natura, la legge definisce sensibili (in quanto da questi dati possono eventualmente desumersi l'origine razziale ed etnica dell'interessato, le sue convinzioni religiose, filosofiche o d'altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni di carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché aspetti relativi alla vita sessuale).

Per il trattamento dei Suoi dati sanitari e di eventuali altri dati di natura sensibile, ove strettamente necessari per l'erogazione di prestazioni e servizi della CASPIE, la legge sulla privacy richiede una Sua specifica manifestazione di consenso, che troverà nell'allegato modulo.

I dati sono trattati, mediante l'impiego di idonee misure di sicurezza e riservatezza, nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa della CASPIE, attraverso l'utilizzo di strumenti anche informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in particolare, al perseguimento delle finalità di:

- gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie sostenute,
- erogazione del servizio di consultazione dei dati sanitari, eventualmente attivato dall'assistito,
- fornitura degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc.,
- adempimento di obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalle normative comunitarie, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo.

Salva diversa indicazione dell'interessato, alcuni dati, non sensibili, possono essere utilizzati dalla CASPIE per migliorare i rapporti con gli assistiti o per inviare comunicazioni ed informazioni relative alle proprie attività e prossime iniziative (ad esempio, pubblicazioni e riviste periodiche della Cassa).

Per lo svolgimento di diverse attività la CASPIE ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di autonomi titolari o di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di lavorazioni 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 e delle pratiche di rimborso in genere.

In particolare, i dati sanitari forniti dagli assistiti non sono divulgati a terzi e possono essere comunicati, per la gestione, l'omologazione e la liquidazione delle richieste di rimborso, soltanto a:

- specialisti medici o consulenti comunque esercenti le professioni sanitarie,
- compagnie di assicurazioni collegate alla CASPIE e loro società di servizi,
- in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali e fiscali.

Alle società o compagnie convenzionate con la CASPIE per l'erogazione degli altri servizi di urgenze e prenotazioni di prestazioni sanitarie, consulenza sanitaria, assistenza domiciliare, ecc. sono comunicati solo i dati anagrafici necessari a comprovare l'adesione alla Cassa.

L'elenco di tali specifici soggetti, società e professionisti è comunque disponibile presso la CASPIE e potrà essere consultato in qualunque momento.

In qualsiasi momento, l'assistito potrà verificare i dati che lo riguardano, ed eventualmente farli correggere, aggiornare o cancellare (ai sensi dell'art. 7 del DLGS 196/2003), scrivendo o contattando la CASPIE ai recapiti sopra indicati.

Tali richieste ed ulteriori informazioni potranno essere rivolte anche al Sig. Giuseppe Ciolino, quale "responsabile" del trattamento, presso la sede di Roma, Via Ostiense n. 131 L - Corpo D - 6° Piano.