

**RICHIESTA DI ADESIONE**

Spett. le  
CASPIE  
Via Ostiense n° 131 L  
Corpo "D" - 6° Piano  
00154 ROMA

[anagrafica@caspie.eu](mailto:anagrafica@caspie.eu)

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

\_\_\_\_\_ (IBAN) \_\_\_\_\_ (Indirizzo e-mail) \_\_\_\_\_ (Ente di appartenenza)

chiede di aderire alla sottoindicata assistenza sanitaria della CASPIE (barrare l'assistenza scelta) a decorrere dal .....

<input type="checkbox"/>	<b>DISCIPLINARE - OPZIONE 1 – GRANDI RISCHI</b>	€ 285,00 annui pro-capite
<input type="checkbox"/>	<b>DISCIPLINARE - OPZIONE 2 - BASE</b>	€ 787,00 annui pro-capite
<input type="checkbox"/>	<b>DISCIPLINARE - OPZIONE 3 – COMPLETA</b>	€ 1.575,00 annui pro-capite

**Modalità di versamento contributi (barrare la modalità prescelta):**

<input type="checkbox"/>	<b>1 Bonifico bancario anticipato:</b> importo in unica soluzione
<input type="checkbox"/>	<b>2 Modulo Sepa:</b> addebito in c/c mediante rate mensili

al fine di fruirne 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)	Fiscalmente a carico (2)	Convivente (2)	Indirizzo completo					Codice fiscale
							Via / Piazza	n.	Cap	Città	PR	
1	TITOLARE	__/__/__			/	/						
2		__/__/__										
3		__/__/__										
4		__/__/__										

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati risultano corrispondenti alla realtà.

Pertanto provvede al versamento della quota spettante per se e per i familiari indicati dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE.

Detto importo verrà riconosciuto dal sottoscritto alla CASPIE secondo le modalità prescelta nell'apposito riquadro e con oneri bancari, ove previsti, a carico del sottoscritto.

Dichiara altresì di ben conoscere la normativa prescelta e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto 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 fiscalmente a carico e che risulti o meno convivente.

La presente scheda, debitamente compilata e sottoscritta, dovrà essere trasmessa - unitamente al questionario anamnestico ed al modulo sepa (in caso di scelta della rateizzazione mensile) all'indirizzo e-mail [anagrafica@caspie.eu](mailto:anagrafica@caspie.eu) in alternativa potrà essere trasmesso a mezzo posta o consegnato a mano all'indirizzo della CASPIE sopra riportato.

## 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, 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 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.