

Modulo di adesione alla Convenzione sanitaria 2014 riservata a Medici e Odontoiatri iscritti all'Enpam (e agli altri aventi diritto)*

da inviare **firmato** entro il 28/02/2014 a: **Previdenza Popolare – (per: “Medici Enpam”)**
C. P. 168 (c/o Posta), Via Terme di Diocleziano, 30 - 00185 Roma

(Dati del Titolare Aderente)

Io Sottoscritto: Cognome e Nome _____

Nato/a: _____ Il: _____

Residente a: _____ Prov: _____

Via: _____ CAP: _____

E-mail: _____ @ _____ Tel./Cell. _____

Dichiaro che:

ho esaminato (sul sito internet www.enpam.it e/o www.previdenzapopolare.com) i Piani sanitari Enpam 2014 nonché la “Guida ai piani sanitari Enpam 2014” in convenzione con Unisalute S.p.A. riservati a Medici e Odontoiatri iscritti all'Enpam, e agli altri soggetti aventi diritto*; e perciò prendo atto che:

- è possibile aderire: o soltanto al **Piano base (Grandi interventi chirurgici e Gravi eventi morbosi)**; ovvero, di integrarlo, con il **Piano sanitario Integrativo** (per un'assistenza sanitaria più ampia).
- qualora richieda la copertura anche per il suo nucleo familiare (come di seguito descritto*), tutti i componenti del nucleo familiare potranno aderire necessariamente soltanto alla medesima opzione (“Piano Sanitario Base” ovvero: “Piano Sanitario Base” insieme al “Piano Sanitario Integrativo”) e sarà necessario corrispondere il contributo relativo a tutti i componenti del nucleo stesso, calcolato in base alla tabella sottostante;
- se il ti titolare o un componente del nucleo familiare abbia già compiuto 80 anni nel corso del 2013, tutti i componenti del nucleo potranno attivare **soltanto** il “Piano Base” (e non anche il “Piano Integrativo”).

Ciò premesso, **richiedo l'ATTIVAZIONE** per me (e per eventuali miei familiari sottoelencati) dell'opzione:

A) Piano sanitario Base (solo per i “Grandi Interventi Chirurgici” e per i “Gravi Eventi Morbosi”)
ovvero: (in alternativa)

B) Piano sanitario Integrativo più il Piano sanitario Base

Ai detti fini pagherò un contributo annuo (per ognuna delle persone indicate a pag. 2) secondo i seguenti importi:

Età compiuta da ogni persona al 31.12.2013	Per il solo “Piano BASE”:	Per il Piano Base <u>unito</u> al “Piano Integrativo”
Fino a 35 anni	€ 150,00	(€ 150+ € 420) € 570,00
Da 36 a 45 anni	€ 180,00	(€ 180 + € 515) € 695,00
Da 46 a 55 anni	€ 350,00	(€ 350 + € 795) € 1.145,00
Da 56 a 70 anni	€ 485,00	(€ 485 + € 895) € 1.380,00
Oltre 71 anni	€ 755,00	Da 71 a 79 anni (non acquistabile oltre 79 anni) (€ 755 + € 1.095) € 1.850,00

La copertura assicurativa ha durata annuale (dalle ore 00 del 01/01/14 alle ore 00 del 01/01/15). La decorrenza è condizionata dalla ricezione da parte di Previdenza Popolare, del presente modulo (debitamente compilato e sottoscritto) e dall'effettivo versamento del contributo dovuto, correttamente quantificato come sopra, **entro il termine tassativo del 31/01/2014**.

* I Piani sanitari sono riservati a:

1) il medico e l'odontoiatra iscritto all'E.N.P.A.M. (in attività o pensionato); 2) i suoi superstiti con diritto a pensione indiretta o di reversibilità; 3) i componenti degli Organi Statutari dell'ENPAM e della F.N.O.M.C eO.; 4) il personale in servizio all'ENPAM, alla F.N.O.M.C.eO., agli Ordini Provinciali, all'ONAOI e alle Organizzazioni Sindacali mediche firmatarie di contratti e convenzioni con diritto di rinnovo della polizza anche dopo la cessazione del rapporto di lavoro; 5) I componenti il nucleo familiare delle persone indicate al punto 1), 2),3) 4) per i quali si richiede l'adesione, a condizione che venga assicurata la totalità dei familiari, risultanti dallo stato di famiglia o da autocertificazione.

Quali componenti il nucleo familiare si intendono: il Coniuge non legalmente separato convivente o il Convivente more uxorio e i Figli conviventi fiscalmente a carico. In deroga al requisito della convivenza si intendono assicurati anche:

a) i componenti del nucleo familiare del medico e/o pediatra di base residente nel luogo di prestazione del servizio.

b) i figli del medico legalmente separato o divorziato per i quali esiste a suo carico obbligo di mantenimento economico.

(è necessario compilare anche i fogli successivi)

Elenco firmato degli Aderenti. Per ognuno indicare: cognome, nome, codice fiscale; somma da versare. E poi firmare.
AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE SUL SEGUENTE MODULO, IL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI PER FINALITÀ ASSICURATIVA

(Artt. 23 e 26 D. Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati negli spazi sottostanti. Vi ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento dei dati personali, comuni e sensibili (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi). Con il presente consenso ciascun assicurato autorizza eventuali familiari appartenenti al proprio nucleo – anch'essi assicurati Unisalute – a conoscere le prestazioni assicurative liquidate/erogate ove ciò sia necessario per le verifiche in relazione ai massimali assicurati e per la fruizione dei servizi Web che altrimenti resterebbero preclusi.

Titolare: _____

Codice Fiscale

Contributo €

Firma _____

Coniuge: _____

Codice Fiscale

Contributo €

Firma _____

Figlio: _____

Codice Fiscale

Contributo €

Firma _____

Figlio: _____

Codice Fiscale

Contributo €

Firma _____

Figlio: _____

Codice Fiscale

Contributo €

Firma _____

(se occorre, completare l'elenco su un altro foglio)

Totale complessivo €

Sconto per nuclei familiari (compreso il Capofamiglia):

2 persone
- 5% del totale

3 persone
- 10% del totale

4 persone
- 20% del totale

5 o più persone
- 25% del totale

Totale sconto €

Totale da versare (al netto dello sconto) €

Luogo e data: _____

A conferma di quanto sopra, dichiaro di aver versato l'importo di € _____ con bonifico bancario sul conto corrente BNL (intestato a Previdenza Popolare) con IBAN: IT 03 M 01005 03200 0000 0000 7329. (Allego copia del mio bonifico bancario)

**Firma del Titolare
(per sé e per tutti i familiari aderenti)**

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti

Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali e Artt. 15 e 16 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/05 - Codice Assicurazioni Private)

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti(1) ci fornisce; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile(2) (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi. Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge od in base alle disposizioni impartite dalle autorità di vigilanza del settore(3). In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati comuni ulteriori (relativi ai Suoi recapiti) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti(4); ove necessario potranno essere forniti ad altre società del nostro Gruppo(5) e potranno essere inseriti in un archivio clienti di Gruppo. I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente).

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa(6).

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare" ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa(7).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione. Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è Unisalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 - 40138 Bologna. Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti www.unisalute.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato - e-mail: privacy@unisalute.it.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Come, ad esempio, gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- 5) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed Unipol Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società appartenenti al Gruppo Unipol.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

[1] In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi

L'Aderente prende atto, e accetta, che Previdenza Popolare spa acquisisca e detenga i suoi dati identificativi, con altri dati e informazioni, per valutazioni di merito assicurativo, nonché per altre finalità economiche (purché connesse, o strumentali, all'attività assicurativa), ivi compresa l'attività di comunicazione operativa. Dati e informazioni elaborate su questa base potranno essere oggetto di comunicazioni ad aziende del medesimo gruppo, nell'ambito soltanto delle indicate finalità.

Per l'art. 7 del Dlgs 30.6.03 n. 196, l'Aderente ha diritto di ottenere conferma dell'esistenza di dati personali, nonché della logica e delle finalità dei trattamenti cui essi sono sottoposti, nonché il loro aggiornamento, rettifica o integrazione; o di opporsi al trattamento di quelli che lo riguardano ed ottenere la cancellazione di quelli eventualmente trattati in violazione della legge.

Titolare di trattamento e conservazione dei dati: Previdenza Popolare spa (Via Aureliana 2, 00187 Roma), in persona del suo preposto al Servizio dati.

per accettazione:
(data e firma del Titolare Aderente)

Richiesta di iscrizione alla Convenzione Assicurativa per i Medici Enpam

A: Previdenza Popolare spa (Società di brokeraggio assicurativo, R U In. B000014385)

da: Il sottoscritto Titolare Aderente per sé (e per gli altri suindicati componenti del suo nucleo familiare)

oggetto: domanda di adesione alla "Convenzione Sanitaria 2014 (riservata ai Medici iscritti all'Enpam", e agli altri aventi diritto).

Con riferimento all'oggetto, ho esaminato attentamente i Piani sanitari Unisalute, da Voi predisposti per la Convenzione riservata ai Medici iscritti all'Enpam, e precisamente:

- Piano sanitario Base (limitato a Grandi interventi chirurgici e Gravi eventi morbosi);
- Piano sanitario Integrativo del piano Base (per assistenza sanitaria più ampia).

Agli effetti della vigente disciplina sulla privacy, ho esaminato, ed approvo, la dichiarazione predisposta da Previdenza Popolare spa su questa stessa pagina.

Ad ogni buon fine, ho esaminato altresì i modelli 7a e 7b (reg. Ivass 5/2006 art. 49) in calce a questo modulo.

Ciò premesso, aderisco alla Convenzione sanitaria Enpam/Unisalute, Vi trasmetto la ricevuta del mio versamento, e Vi chiedo di comunicare a Enpam e a Compagnia Unisalute, la mia richiesta di adesione alla Convenzione.

Vi confermo che per la gestione di questo Vs. Piano Sanitario (e/o di mie altre eventuali esigenze assicurative) mi avvalgo della Vostra consulenza assicurativa; e che ciò non comporta per me alcun costo. Restano sempre a me riservate eventuali accettazioni e/o sottoscrizioni di futuri (o eventuali) miei contratti assicurativi (quali: polizze, appendici, rinnovi, quietanze, ecc.). Questo mio mandato annuale (in Vs. favore e per me in ogni caso gratuito), si riterrà tacitamente rinnovato di anno in anno, salvo disdetta di una delle due parti (anche a mezzo email) almeno 60 giorni prima della sua scadenza annuale.

Eventuali Vs. comunicazioni potranno essermi indirizzate per posta (o per email, al mio indirizzo, se comunicato Vi); ovvero anche (in caso di Vs. avvisi di carattere generale) mediante Vs. pubblicazione per almeno un trimestre, sul Vostro sito web: www.previdenzapopolare.com

Cognome e Nome (del Titolare Aderente): _____

Codice Fiscale

Data: Firma