



Per Nucleo Familiare si intendono, oltre al titolare del sussidio, il coniuge ed il convivente di fatto, nonché i figli fino a 26 anni, quest'ultimi anche se non residenti. Sono inoltre inclusi nel **Nucleo Familiare i figli oltre i 26 anni, conviventi con il titolare del sussidio a condizione che siano fiscalmente a carico** (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata apposita autocertificazione in merito) **oppure versino in uno stato di invalidità superiore al 66%** (a tal fine, al momento dell'adesione, dovrà essere presentata idonea certificazione in merito).

E' equiparato al convivente di fatto anche il convivente dello stesso sesso dell'Associato a condizione che gli stessi siano uniti da reciproci vincoli affettivi, che non vi sia parentela in linea retta entro il primo grado, affinità in linea retta entro il secondo grado, adozione, affiliazione, tutela, curatela o amministrazione di sostegno e che convivono stabilmente e si prestino assistenza e solidarietà materiale e morale.

CONTRIBUTO ANNUO DEL SUSSIDIO SALUS A CN

CONTRIBUTO ANNUO DEL SUSSIDIO SALUS A LIGHT CN

<input type="checkbox"/> € 684,00 annui a carico dell'Iscritto per sé stesso <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)	<input type="checkbox"/> € 540,00 annui a carico dell'Iscritto per sé stesso <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)
<input type="checkbox"/> € 1.200,00 annui pro-nucleo a carico dell'Iscritto per sé stesso e per l'inserimento in copertura del nucleo familiare previsto dal Regolamento <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)	<input type="checkbox"/> € 840,00 annui pro-nucleo a carico dell'Iscritto per sé stesso e per l'inserimento in copertura del nucleo familiare previsto dal Regolamento <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)

TOTALE CONTRIBUTI € _____

TOTALE CONTRIBUTI € _____

CONTRIBUTO ANNUO DEL SUSSIDIO SALUS B CN

CONTRIBUTO ANNUO DEL SUSSIDIO SALUS B LIGHT CN

<input type="checkbox"/> € 960,00 annui a carico dell'Iscritto per sé stesso <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)	<input type="checkbox"/> € 720,00 annui a carico dell'Iscritto per sé stesso <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)
<input type="checkbox"/> € 1.560,00 annui pro-nucleo a carico dell'Iscritto per sé stesso e per l'inserimento in copertura del nucleo familiare previsto da Regolamento <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)	<input type="checkbox"/> € 1.200,00 annui pro-nucleo a carico dell'Iscritto per sé stesso e per l'inserimento in copertura del nucleo familiare previsto da Regolamento <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)

TOTALE CONTRIBUTI € _____

TOTALE CONTRIBUTI € _____

CONTRIBUTO ANNUO DEL SUSSIDIO SENIS A CN

CONTRIBUTO ANNUO DEL SUSSIDIO SENIS B CN

<input type="checkbox"/> € 1.200,00 annui a carico dell'Iscritto per sé stesso <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)	<input type="checkbox"/> € 1.668,00 annui a carico dell'Iscritto per sé stesso <input type="checkbox"/> € 40,00 Assistenza di Base <input type="checkbox"/> € 25,00 Adesione MBA (Una Tantum)
---	---

TOTALE CONTRIBUTI € _____

TOTALE CONTRIBUTI € _____

Il richiedente dichiara di utilizzare la seguente modalità di pagamento per il versamento del contributo annuale:

<input type="checkbox"/> In un'unica soluzione a mezzo SEPA <input type="checkbox"/> In un'unica soluzione con pagamento a mezzo bonifico bancario - IBAN IT 49 Q 03069 09606 1000000 69481 (BANCA INTESA) <input type="checkbox"/> In sei rate con maggiorazione di € 1,00 a rate per spese d'incasso da banche del gruppo e di € 2,50 per tutte le altre <input type="checkbox"/> In 12 rate con maggiorazione di € 1,00 a rate per spese d'incasso da banche del gruppo e di € 2,50 per tutte le altre
--

Delega di pagamento del Sussidio

Il richiedente delega l'Unione Nazionale fra i Pensionati del Banco di Napoli a versare per proprio conto alla Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance, la somma relativa al Sussidio Sanitario in virtù dell'accordo di convenzione in essere tra l'Unione Nazionale fra i Pensionati del Banco di Napoli e MBA.

Luogo e Data _____

Il richiedente _____



INFORMATIVA SUI DATI PERSONALI

Gentile Interessato/a,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è l'**Unione Nazionale fra i Pensionati del Banco di Napoli** responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: **Unione Nazionale fra i Pensionati del Banco di Napoli**

Sede: **Via Toledo, 156 80134 Napoli (NA)**

Contatti e recapiti:

Telefono	081/4288001
PEC	upbn@pec.it
Email	assicurazioni@upbn.it

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Raccolta dati per la sottoscrizione di sussidi sanitari offerte da Casse, Fondi Sanitari e Società di Mutuo Soccorso e presentazione delle richieste di rimborso per l'erogazione delle relative garanzie, come previsto dal piano sanitario prescelto.	Nominativo, dati anagrafici dei familiari, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Coordinate bancarie; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.)	Norma Stato membro (GDPR 2016/679, art. 6, par. 1 lett. a)

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

Durata del trattamento:

La *durata del trattamento* è determinata come segue: i dati personali dell'Interessato saranno conservati per i termini temporali come indicato ai sensi dell'art. 13, paragrafo 2 del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare; saranno conservati per un tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità descritte nell'informativa e in ogni caso per tutta la durata contrattuale e fino a che sussistano obbligazioni ed adempimenti connessi all'esecuzione dello stesso, e comunque, per un periodo non inferiore a 10 anni dall'ultima prestazione o servizio erogato, salvo l'esigenza di una ulteriore conservazione, per consentire al titolare la [difesa dei propri diritti](#).

Modalità di trattamento

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico e anche cartaceo. Nell'ambito dei trattamenti, possono essere previste modalità di organizzazione, di raffronto o di elaborazione dei dati personali per essere eventualmente indirizzati ai destinatari sopra menzionati. Inoltre ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione e nella gestione amministrativa del Titolare, sarà impegnato al rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché ad osservare le stesse regole di segretezza alle quali è sottoposto il personale sanitario (medico, infermieristico, ecc.).



Trasferimento dei dati personali verso Paesi non appartenenti all'Unione Europea.

La informiamo che i Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento in paesi extra UE.

I suoi diritti:

Ai sensi degli artt. da 15 a 20 del Regolamento, la informiamo relativamente agli obblighi che ha il Titolare nei Suoi riguardi.

- Lei ha il diritto di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, l'integrazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;
- Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante della Privacy) laddove ritenga che i Suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo, raggiungibile al sito Web www.garanteprivacy.it;
- Lei ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali (Diritto di opposizione) effettuato per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare, sempre che non sussistano motivi legittimi per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- Lei può esercitare il Diritto di opposizione per finalità di informazione e promozione istituzionale in qualsiasi momento, attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo upbn@pec.it
- L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma e Le verrà fornito riscontro entro 30 giorni in forma scritta (salvo Sua specifica richiesta di riscontro orale);

Per esercitare tali diritti Lei potrà rivolgersi in qualunque momento al Responsabile della protezione dei dati personali presso L'Unione Nazionale fra i Pensionati del Banco di Napoli, con sede Via Toledo, 156 – 80134 Napoli (NA), IT – raggiungibile all'indirizzo email assicurazioni@upbn.it

Napoli, ____ / ____ / _____

Il Responsabile del Trattamento

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a _____ Nato/a il, a _____

Codice Fiscale _____

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili relativi alla salute e quelli biometrici (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che:

- il trattamento dei miei dati personali appartenenti alle categorie particolari è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dall'art. 9 par. 2 dalla lettera a) alla lettera j) del già citato Regolamento.
- **in assenza del consenso non sarà possibile procedere all'erogazione dei servizi**

Pertanto, per quanto riguarda il trattamento di tali dati personali, per le finalità strettamente connesse alla lavorazione delle pratiche inerenti i Sussidi Sanitari concessi dalla Mutua MBA

PRESTO IL MIO CONSENSO

NON PRESTO IL MIO CONSENSO

Località e Data _____

Firma _____