

RICHIESTA DI LIQUIDAZIONE DIARIA DA RICOVERO

Cognome e Nome del Socio

Codice Fiscale

Indirizzo

Recapito Telefonico

IBAN

Banca / Agenzia

Prima richiesta di liquidazione
per l'anno in corso

Ho presentato altre richieste
di liquidazione per l'anno in corso

FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE LA DIARIA

Cognome e Nome

Codice Fiscale

Consenso del Richiedente

Ricevuta l'informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 sulla "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", **ACCONSENTO** al trattamento dei miei dati personali e sensibili, necessari alla Banca Sicana per la gestione e la liquidazione dei rimborsi previsti dal Regolamento.

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Firma del Socio

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA OBBLIGATORIA

Certificazione attestante
il periodo di ricovero

Autocertificazione attestante
lo Stato di Famiglia

Copia di un documento di riconoscimento del Socio richiedente
e del soggetto ricoverato

NOTE

Data

Firma del Socio

PARTE RISERVATA ALLA BANCA

Data

Preposto di Filiale / Ufficio Segreteria

NOTE

TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI INFORMATIVA

Ai sensi dell'art. 13 del Codice per la protezione dei dati personali, recante disposizioni a "Tutela della persona e di altri soggetti rispetto ai trattamenti di dati personali", La informiamo che la Banca Sicana, con sede in Caltanissetta, Via Francesco Crispi n° 25, in qualità di Titolare, procederà al trattamento di dati personali, rispetto ai quali Lei riveste la qualifica di interessato ai sensi della menzionata legge, forniti al momento della sua richiesta di rimborso sanitario.

Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione cancellazione e distruzione, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni.

Le finalità del trattamento dei Suoi dati

Con riferimento alle finalità del trattamento dei dati di Sua pertinenza, Le significhiamo che gli stessi verranno innanzi tutto utilizzati per adempiere agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria. La informiamo altresì che i dati acquisiti potranno essere comunicati ad una Compagnia di Assicurazione.

I Suoi dati personali sono inoltre conosciuti da dipendenti della società e altri collaboratori responsabili o incaricati addetti anche temporaneamente alle seguenti unità operative:

- Ufficio Segreteria Generale presso Direzione Centrale
- Settore Amministrativo presso Direzione Centrale
- Responsabile di Filiale.

Il trattamento dei dati avverrà mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e potrà essere effettuato anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi.

Le modalità con le quali il trattamento dei dati a Lei riferibili viene effettuato potrà prevedere l'utilizzo di strumenti automatici idonei a collegare i dati stessi anche a dati di altri soggetti in base a criteri qualitativi, quantitativi e temporali ricorrenti e definibili di volta in volta.

Le facciamo presente che l'eventuale rifiuto a fornire i dati richiesti per le finalità prima elencate comporterà l'oggettiva impossibilità per la Banca di osservare gli obblighi di legge o di perfezionare la sua domanda di adesione alla copertura assicurativa. Informiamo, infine, che l'art. 7 del Codice per la protezione dei dati personali conferisce ai cittadini l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'interessato può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile. L'interessato può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le 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 stesso.

La informiamo che ai fini dell'esercizio dei diritti di cui all'art. 7, potrà rivolgersi alla Direzione Generale – Michele Augello "Responsabile" a questi fini.

CONSENSO

Spett.le Banca Sicana
Via F.sco Crispi n° 25 - 93100 Caltanissetta

In relazione all'informativa che mi è stata fornita ai sensi del D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e per quanto riguarda il trattamento e la comunicazione a terzi dei miei dati personali e dei miei familiari maggiorenni per la richiesta di rimborso sanitario,

<input type="checkbox"/>	dò il consenso	<input type="checkbox"/>	nego il consenso	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Firma
--------------------------	----------------	--------------------------	------------------	----------------------	------	----------------------	-------

CONSENSO DEI FAMILIARI MAGGIORENNI (nel caso di richiesta di rimborso sanitario)

<input type="checkbox"/>	dò il consenso	<input type="checkbox"/>	nego il consenso	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Firma
--------------------------	----------------	--------------------------	------------------	----------------------	------	----------------------	-------

<input type="checkbox"/>	dò il consenso	<input type="checkbox"/>	nego il consenso	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>	Firma
--------------------------	----------------	--------------------------	------------------	----------------------	------	----------------------	-------