

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 (GDPR)
(Da allegare alle richieste di rimborso on-line relative ai familiari)

**Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo
c/o Previmedical S.p.A.**

Il sottoscritto _____ in relazione
(nome cognome del beneficiario delle prestazioni)

alla **DDR ON-LINE** presentata da _____
(nome e cognome dell'iscritto)

in data _____ **per un totale di Euro** _____
(totale richiesto al netto dell'imposta di bollo)

tenuto conto dell'Informativa già resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati per le finalità di cui alla l. a) dell'Informativa (adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate), nonché alla visibilità e alla comunicazione da parte del Fondo dei medesimi dati all'iscritto che mi ha reso beneficiario, consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni,

confermo il consenso

non confermo il consenso

(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

(Data e luogo)

(firma del beneficiario delle prestazioni)⁽¹⁾

⁽¹⁾ Per i minori di anni 18 è necessaria la firma di chi esercita la potestà.