

MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI COVID-19 [MOD. 01C-19]

ISCRITTO

COGNOME	NOME																																						
DATA DI NASCITA	COMUNE DI NASCITA	PROVINCIA																																					
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> <table style="display: inline-table; margin-left: 10px;"><tr><td style="border: 1px solid black; text-align: center; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;">M</td><td style="border: 1px solid black; text-align: center; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;">F</td></tr></table>																																				M	F	E-MAIL*	RECAPITO TELEFONICO*
M	F																																						
CODICE FISCALE	*CAMPI OBBLIGATORIO - indicando l'indirizzo di posta elettronica autorizza l'EBIPESCA all'invio di comunicazioni tramite e-mail																																						
INDIRIZZO DI RESIDENZA	LUOGO E CAP DI RESIDENZA																																						
MEMBR O EQUIPAGGIO DEL M/P _____																																							
DIPENDENTE DELL'ARMATORE _____ GRADO _____																																							

(Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso sinistro in un'unica soluzione)

CHIEDE

che gli venga liquidata, la **GARANZIA COVID-19** sotto forma di:

- INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA IN CASO DI POSITIVITA' COVID-19 (CORONAVIRUS)**
 - fornire la lettera di dimissione da cui si evince la positività al Covid-19 ed i relativi giorni di ricovero, in caso mancasse uno dei due dati richiesti, inviare cartella clinica completa

- DIARIA DA ISOLAMENTO DOMICILIARE PER COVID-19 (CORONAVIRUS)**
 - fornire referto del tampone che attesti la positività al Covid-19 rilasciato dalla Autorità competenti o dall'SSN, e relativa certificazione di quarantena

ATTESTAZIONE DELL'ARMATORE PER INTEGRAZIONE EBIPESCA (EBIFONDO)

Il sottoscritto, Armatore del M/P _____ con sede:

VIA/PIAZZA e NUMERO CIVICO _____ CAP _____ COMUNE e PROVINCIA _____

dichiara sotto la propria responsabilità di aderire al sistema della bilateralità così come previsto all'art. 22 del CCNL per il personale imbarcato sulle navi adibite alla pesca marittima
Data ____/____/____ Timbro e Firma _____

MODALITA' DI LIQUIDAZIONE

L'Ente può effettuare il bonifico soltanto sulle coordinate bancarie intestate o cointestate al titolare di polizza.
CODICE IBAN (27 caratteri)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

DELEGA AD AGIRE

Il/la sottoscritto/a **DELEGA** il/la _____ Via/Piazza _____
CAP _____ Città _____ Prov. _____ C.F. o P.IVA _____
ad agire in proprio nome e per proprio conto al fine di avviare le procedure di copertura assicurativa a cui il medesimo ha diritto in virtù del proprio vincolo associativo, autorizzandolo/a a richiedere informazioni, prendere contatti, inviare e ricevere documentazione, autorizzare pagamenti.
Esclusivamente per le finalità assicurative e lo svolgimento delle attività strettamente connesse, sopra indicate, autorizzo il/la delegato/a al trattamento dei dati anche particolari.
 CONSENTO **NON CONSENTO** **In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.**

Per il dipendente iscritto
AFFINCHÉ L'EBIPESCA (EBIFONDO) POSSA TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ANCHE PARTICOLARI PER FINALITÀ ASSICURATIVE (art. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016))
Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, anche disponibile sul sito www.ebipesca.it nella sezione *Normativa*, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari necessari per le finalità associative ed assicurative indicate nell'Informativa.
Cognome e Nome dell'Iscritto (in stampatello) _____
 CONSENTO **NON CONSENTO**
In mancanza di tale consenso espresso, l'EBIPESCA (EBIFONDO) non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata
Luogo e data _____ Firma del dipendente iscritto _____

SI PRECISA CHE LE RICHIESTE, COMPRENSIVE DEI RELATIVI ALLEGATI, VANNO INVIATI ALLA EMAIL INFO@EBIPESCA.IT

**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI
ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016)**

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto associativo. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento. I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Per lo svolgimento delle attività connesse al vincolo associativo i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione dei servizi assicurativi e/o di elaborazione ed invio di materiale informativo sulle attività dell'Ente.

L'elenco aggiornato dei responsabili e delle società incaricate per l'elaborazione ed invio del materiale informativo, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta all'Ente.

L'Ente, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti.

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni assicurative richieste e connesse al vincolo associativo.

I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati.

In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso l'Ente, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo anche a un'autorità di controllo.

Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail **dpo@ebipesca.it**

Il titolare del trattamento dati è **EBIPESCA** con sede legale in Via Flavia, 3 — 00187 Roma
info@ebipesca.it