

## **Cooperazione e Salute**

Gentile Socia,  
Caro Socio,

nel perdurare dell'emergenza sanitaria la Banca desidera fare sentire la propria vicinanza ai suoi Soci ed esprimere concretamente un segno di ulteriore attenzione.

A tal fine il Consiglio di Amministrazione, coerentemente con la natura di cooperativa a mutualità prevalente ed in linea con lo scopo sociale della Banca, ha deliberato di stanziare un plafond di 15 mila euro destinato all'erogazione di un contributo economico a copertura delle spese sanitarie dei Soci nei casi di eventuale ricovero per Covid-19 nel corso del 2020.

Il contributo, fruibile anche per i ricoveri di familiari conviventi del Socio, verrà erogato sotto forma di diaria giornaliera nella misura di 50 euro - con un massimo di 10 giorni per nucleo familiare - suscettibile di essere ridotta parametricamente qualora le istanze dovessero essere complessivamente superiori al plafond.

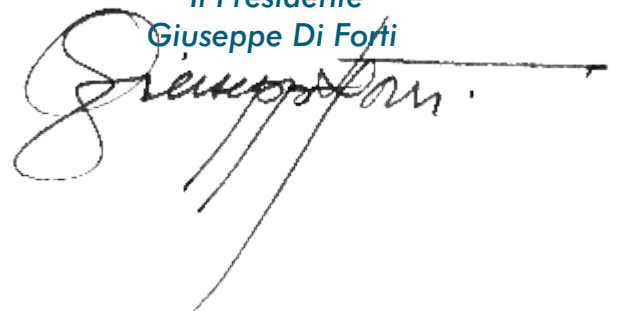
Per usufruire del contributo va fatta espressa richiesta entro il 15 gennaio 2021, presentando apposita istanza conforme al modulo riportato in allegato al Regolamento dell'iniziativa.

Con l'auspicio che le nostre vite ritornino quanto prima alla normalità, porgiamo un cordiale saluto.

Il Direttore  
Michele Augello



Il Presidente  
Giuseppe Di Forti



## REGOLAMENTO

### ART. 1

La Banca Sicana istituisce per l'anno 2020 un plafond di 15.000 euro, riservato ai Soci persone fisiche che abbiano rapporti in essere con la Banca, come contributo alle spese sanitarie occorse per ricoveri da Covid-19 nell'anno 2020 presso strutture sanitarie, sotto forma di diaria giornaliera.

### ART. 2

Per ricovero si intende la permanenza in struttura sanitaria con pernottamento, escluso Day Hospital e Day Surgery. Sono esclusi i ricoveri non conseguenti a Covid-19.

### ART. 3

Le strutture sanitarie per le quali è prevista la diaria sono:

- 1) ospedali;
- 2) policlinici universitari;
- 3) istituti scientifici;
- 4) istituti di ricerca e cura;
- 5) case di cura.

### ART. 4

La Banca corrisponderà una diaria giornaliera di 50 euro per ogni ricovero con pernottamento, del Socio e dei familiari conviventi da almeno sei mesi dalla data del ricovero, fino a un massimo di 10 giorni per nucleo familiare.

Il massimale per nucleo familiare è di 500 euro.

Sono esclusi i Soci dipendenti della Banca e i loro nuclei familiari.

### ART. 5

Qualora il totale delle richieste superi il plafond di 15.000 euro, l'importo della diaria giornaliera (50 euro) verrà proporzionalmente ridotto entro il limite massimo del plafond.

### ART. 6

La richiesta deve essere presentata entro il 15 gennaio 2021.

Superata tale data si perde il diritto all'erogazione della diaria.

Il ricovero iniziato nell'anno 2020 e che si conclude, protraendosi consecutivamente, nell'anno 2021, sarà ammesso al rimborso.

Le diarie ammesse verranno liquidate entro il 15 febbraio 2021.

### ART. 7

La documentazione da produrre è così costituita:

- 1) richiesta di liquidazione della diaria giornaliera;
- 2) certificazione attestante il periodo di ricovero;
- 3) autocertificazione attestante lo stato di famiglia alla data del ricovero;
- 4) copia di un documento di riconoscimento del Socio richiedente e del soggetto ricoverato.

La Banca si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione necessaria ai fini della liquidazione.

### ART. 8

La richiesta di liquidazione potrà essere recapitata tramite servizio postale all'Ufficio di Segreteria della Direzione Generale in via Francesco Crispi n° 25 a Caltanissetta, tramite PEC all'indirizzo [bancasicana@pec.it](mailto:bancasicana@pec.it) o direttamente nelle rispettive Agenzie appena sarà possibile potersi muovere senza restrizioni.

## 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
--------------------------	----------------	--------------------------	------------------	----------------------	------	----------------------	-------