

MODULO DI RICHIESTA PIC CHECK UP
a mezzo fax al nr. 06/77607611
attenzione: indicare sempre recapiti telefonici/mail

A. DATI IDENTIFICATIVI

NOME COGNOME TITOLARE* (titolare della Copertura Sanitaria) _____
 Luogo e data di Nascita* _____ Tel./cell * _____
 Cod. Fiscale* _____ Indirizzo e- mail * _____
 Residente a _____ Prov _____ Via _____ Cap _____
 Luogo ove si intende effettuare la prestazione: città _____ Prov. _____

NOME COGNOME BENEFICIARIO DELLE PRESTAZIONI (se diverso dal Titolare) _____
 Luogo e data di Nascita* _____ Tel./cell * _____
 Cod. Fiscale* _____ Indirizzo e- mail * _____
 Residente a _____ Prov _____ Via _____ Cap _____
 Luogo ove si intende effettuare la prestazione: città _____ Prov. _____

B. CHECK UP RICHIESTO (indicare il Check Up scelto se previsto dalla propria Copertura Sanitaria)

<input type="checkbox"/>	CARDIOLOGICO	<input type="checkbox"/>	TUTELA DELLA VISTA
<input type="checkbox"/>	CARDIOLOGICO OVER 70	<input type="checkbox"/>	TUTELA DELLA VISTA OVER 70
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGICO UOMO FINO A 50 ANNI	<input type="checkbox"/>	PREVENZIONE ODONTOIATRICA
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGICO UOMO OLTRE I 50 ANNI	<input type="checkbox"/>	CHECK UP BIENNALE UOMO
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGICO UOMO OVER 70	<input type="checkbox"/>	CHECK UP BIENNALE DONNA
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGICO DONNA FINO A 50 ANNI	<input type="checkbox"/>	ALTRO CHECK UP PREVISTO DAL PROPRIO PIANO SANITARIO DI RIFERIMENTO: _____
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGICO DONNA OLTRE I 50 ANNI		
<input type="checkbox"/>	ONCOLOGICO DONNA OVER 70		
<input type="checkbox"/>	CHECK UP SPORT FIGLI		

Struttura Sanitaria Convenzionata prescelta _____ Città _____

Indicare l'intervallo di date utili per l'effettuazione del Check up _____

Nel caso di prenotazione eseguita autonomamente, indicare la data prevista per il check up _____

Note _____

Con la sottoscrizione del presente Modulo, l'Assistito richiedente:

Dichiara di essere consapevole che le prestazioni richieste saranno pagate in forma diretta nei limiti delle prestazioni previste dal pacchetto Check Up prescelto e previsto dalla propria Copertura Sanitaria; qualsiasi prestazione non espressamente autorizzata è pertanto esclusa e, come tale, sarà a carico dell'Assistito;
Autorizza la Centrale Salute ad agire presso l'Ente pagatore (MBA o altro Fondo o Società con la quale è attiva la copertura sanitaria) per il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie autorizzate, rinunciando a qualsiasi ulteriore richiesta di indennizzo;

Dichiara di essere consapevole che la data di effettuazione del Check Up sarà in ogni caso stabilita dalla Struttura Sanitaria erogante, sulla base delle proprie disponibilità; pertanto le date indicate eventualmente dall'Assistito medesimo sono da considerarsi indicative e non vincolanti.

Firma del Titolare (o dell'Assistito maggiorenne se diverso dal titolare)

Luogo e data

Mod. 08.5 – Q Rev. 4 del 20/03/2019

Coopsalute S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009
PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org



Informativa Privacy a favore dell'Assistito Beneficiario

Gentile Interessato,

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 la Società Generale di **Mutuo Soccorso Basis Assistance (di seguito anche "MUTUA BASIS ASSISTANCE")**, 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: **MUTUA BASIS ASSISTANCE**

Sede: **Via di Santa Cornelia, 9 – 00060 Roma RM, IT**

Contatti e recapiti:

Telefono	+39 06 90198060
PEC	mbamutua@legalmail.it

La società MUTUA BASIS ASSISTANCE ha nominato un Responsabile della protezione dei dati personali ("Data Protection Officer o DPO")

Contatti e recapiti:

Email	dpo@mbamutua.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
<p>1. Gestione della clientela e attività istituzionali <i>quali la gestione della domanda di ammissione a socio, nonché i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto Applicativo e del Regolamento di MUTUA BASIS ASSISTANCE; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/Fax o internet (sms; mms; e-mail).</i></p>	Nominativo, 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. b)
<p>2. Prestazione di sussidi sanitari <i>in particolare valutare le richieste di rimborso spese presentate dall'Associato e provvedere al relativo rimborso, come previsto dal Piano Sanitario prescelto (prestazioni sanitarie in forma indiretta), autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso alla Rete Convenzionata di MUTUA BASIS ASSISTANCE e/o del Provider Coopsalute S.c.p.a. (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitarie, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'Associato o la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/fax o internet (sms; mms; e-mail).</i></p>	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; carte sanitarie; stato di salute; patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso; dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.)	Norma Stato membro (GDPR 2016/679, art. 6, par. 1 lett. a)
<p>3. Attività di informazione e promozione istituzionale <i>l'invio di materiale informativo e di promozione dell'attività svolta da MUTUA BASIS ASSISTANCE e di organismi convenzionati (invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato, elaborazione di studi e di ricerche di mercato, etc.), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail).</i></p>	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f	Norma Stato membro (GDPR 2016/679 art. 6, par. 1 lett. f)

Mod. 08.5 – Q Rev. 4 del 20/03/2019

Coopsalute S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009
PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org



I suoi dati potranno essere utilizzati in forma anonimizzata e aggregata a fini statistici.

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati:

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, MUTUA BASIS ASSISTANCE potrà comunicare i suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- Organismi sanitari, personale medico e paramedico. (ad es. Istituti Tesorieri e loro incaricati per le sole operazioni relative ad invio degli assegni o accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio di autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta).
- Società e imprese, consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata, corrieri. (ad es. per attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, ANSI; Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolitografie, Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo della Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici), enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte (a titolo esemplificativo e non esaustivo la Centrale Salute)
- Soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede MUTUA BASIS ASSISTANCE, ed è reperibile attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo mbamutua@legalmail.it.

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: per finalità Prestazione di sussidi sanitari 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 sorga l'esigenza di una ulteriore conservazione, per consentire al titolare la difesa dei propri diritti; per le altre finalità fino a quando ritenuti necessari per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi richiesti e successivamente verranno cancellati. In tutti i casi i dati personali saranno conservati per un tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità descritte nell'informativa, per gli adempimenti di obblighi di legge nei limiti previsti dalla legge.

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 alla 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

Mod. 08.5 – Q Rev. 4 del 20/03/2019

Coopsalute S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009
PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org



- . 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 mbamutua@legalmail.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 MUTUA BASIS ASSISTANCE, con sede in Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM), IT – raggiungibile all'indirizzo dpo@mbamutua.it

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

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 riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; carte sanitarie; stato di salute (patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); referti e anamnesi; dati genetici;

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dall'art. 9 par. 2 dalla lettera a) alla lettera j) del già citato Regolamento e, in particolare:

- è possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Prestazione di sussidi sanitari

CONSENTO

NON CONSENTO

Gestione della clientela e attività istituzionali

CONSENTO

NON CONSENTO

Attività di informazione e promozione istituzionale

CONSENTO

NON CONSENTO

Mod. 08.5 – Q Rev. 4 del 20/03/2019

Coopsalute S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009
PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org



Località e Data _____

Firma _____

*Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso per le finalità di (i) prestazione di sussidi sanitari e (ii) gestione delle clientela e attività istituzionali, le conseguenze sono le seguenti:
Non è possibile procedere all'erogazione dei servizi richiesti*

Autorizza inoltre il/la Sig./a _____

*in qualità di _____ doc. Identità _____ n. _____ quale terzo
legittimato ad accedere alle informazioni personali che lo riguardano.*

FIRMA dell'Interessato (Titolare o del Beneficiario maggiorenne -se diverso dal Titolare)

_____.

Mod. 08.5 – Q Rev. 4 del 20/03/2019

Coopsalute S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009
PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org

