

**MODULO DI ACCESSO AL NETWORK
PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA PRESSO STRUTTURE SANITARIE E
PROFESSIONISTI CONVENZIONATI**

ATTENZIONE: il presente Modulo, dovrà essere sottoscritto e timbrato dalla Struttura Sanitaria e/o Professionista convenzionata/o al momento della erogazione delle prestazioni.

Il Modulo dovrà quindi essere inviato a Health Assistance SCpA, unitamente alla richiesta di rimborso spese.

A. DATI IDENTIFICATIVI ASSISTITO

Nome e Cognome Assistito* (Titolare o Beneficiario della Copertura) _____

Data di Nascita* _____ Cod. Fiscale* _____ Tel.* _____

Indirizzo e-mail _____

Numero Adesione (ove disponibile): _____ Ente di appartenenza(ove previsto) _____

B. DATI RELATIVI ALLE PRESTAZIONI IN FORMA INDIRECTA ED ALLA STRUTTURA CONVENZIONATA

Tipo di prestazione: _____ Data della
prestazione _____

Tipo di ricovero(in caso di ricovero specificare con/senza intervento, DH, DS, Interv. Amb.)

Intervento Chirurgico

Data di ingresso in ricovero ___/___/___ Uscita ___/___/___ (in caso di ricovero)

Nominativo del Medico 1° operatore : _____ Convenzionato : sì no

Struttura Sanitaria Convenzionata che eroga la prestazione _____

Note _____

SOTTOSCRIZIONE A CURA DELLA STRUTTURA SANITARIA / PROFESSIONISTA CHE EROGA LA PRESTAZIONE

Con la sottoscrizione del presente Modulo, la STRUTTURA SANITARIA / PROFESSIONISTA si impegna ad erogare le prestazioni in favore dell'Assistito applicando il tariffario agevolato concordato con **Health Assistance SCpA**. Qualora, a seguito

Mod. 08.5 – F Rev. 6 del 12/07/2019 – Mod. 08.7 CK3 Informativa Privacy Rev0 del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com



di verifica effettuata da **Health Assistance SCpA**, emerga che il tariffario agevolato concordato non è stato applicato, la Struttura Sanitaria / Professionista si impegna a rimborsare l'Assistito del maggiore importo previsto in fattura e quello previsto dal tariffario concordato, per il tramite di **Health Assistance SCpA** o della Cassa, Mutua, Fondo con cui è attiva la copertura sanitaria.

Luogo e data

Firma e Timbro della Struttura Sanitaria / Professionista*

Mod. 08.5 – F Rev. 6 del 12/07/2019 – Mod. 08.7 CK3 Informativa Privacy Rev0 del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

COOPSALUTE
centrale cooperativa

INFORMAZIONI DA FORNIRE ALL'INTERESSATO

(ex art. 13 Regolamento UE 2016/679)

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
-------	--

La società MUTUA BASIS ASSISTANCE ha nominato:

Responsabile del Trattamento **HEALTH ASSISTANCE SOCIETA' COOPERATIVA (in seguito Centrale Salute)**

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

Contatti e recapiti

Telefono	+39 06 9019801
PEC	healthassistance@legalmail.it

La società HEALTH ASSISTANCE SOCIETA' COOPERATIVA ha nominato un Responsabile della protezione dei dati personali ("Data Protection Officer o DPO")

Contatti e recapiti:

Email	dpo@healthassistance.it
-------	--

Il Responsabile del trattamento (ai sensi dell'art. 28, par. 1 del Regolamento UE 2016/679) opera per conto del Titolare del trattamento per tutte le attività connesse alla Centrale Salute.

Mod. 08.5 – F Rev. 6 del 12/07/2019 – Mod. 08.7 CK3 Informativa Privacy Rev0 del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

Conformemente all'art. 26 del Regolamento Applicativo dello Statuto della Società MUTUA BASIS ASSISTANCE (Documentazione richiesta per l'erogazione di prestazioni sanitarie, richieste di rimborso in forma diretta e/o indiretta e di indennizzo) 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. Prestazione di sussidi sanitari</p> <p>a. Diagnosi, cura e terapia pazienti b. Attività relativa alle richieste di ricovero c. Attività relativa all'assistenza domiciliare d. Prenotazione di prestazioni e visite</p> <p><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.</i></p> <p><i>Esempio di prestazione:</i></p> <p>a. richiesta extra ricovero b. richiesta check up c. richiesta accesso al network per l'erogazione in forma diretta presso strutture sanitarie e/o professionisti convenzionati d. richiesta di rimborso di prestazioni in forma diretta e. richiesta autorizzazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso all'Ente pagatore (MBA)</p> <p><i>Acquisizione di documentazione sanitaria, anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/fax o internet (portale Web; sms; mms; e-mail), posta ordinaria, brevi manu direttamente presso la Centrale Operativa.</i></p>	<p><i>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; (tra questi: documentazione sanitaria, 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): dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); dati riferiti ai familiari dell'assistito, dati di minori.</i></p>	<p>Norma Stato membro (GDPR 2016/679, art. 6, par. 1 lett. a)</p>
<p>2. Gestione contabile; gestione del contenzioso</p>	<p><i>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; carte sanitarie; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); dati riferiti ai familiari dell'assistito, dati di minori.</i></p>	<p>Norma Stato membro (GDPR 2016/679 art. 6, par. 1 lett. b)</p>

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

In assenza del consenso espresso al trattamento dei dati non sarà possibile procedere all'erogazione dei servizi richiesti.

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'adempimenti di obblighi di legge, MUTUA BASIS ASSISTANCE potrà comunicare i suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

Mod. 08.5 – F Rev. 6 del 12/07/2019 – Mod. 08.7 CK3 Informativa Privacy Rev0 del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

- organismi sanitari, personale medico e paramedico (*ad es. le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio di autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta, medici professionisti convenzionati*), anche in qualità di sub responsabili della Centrale Salute (*Responsabile del trattamento*)
- società e imprese, Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata, corrieri e Poste, *ad esempio soggetti impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici, istituti di credito)*, enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte, *anche in qualità di sub responsabili della Centrale Salute (Responsabile del trattamento)*
- soggetti delegati direttamente dall'interessato
- a 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 22 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

Mod. 08.5 – F Rev. 6 del 12/07/2019 – Mod. 08.7 CK3 Informativa Privacy Rev0 del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

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 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

Formello,/...../.....

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a il, a _____

Codice Fiscale _____

In relazione al trattamento dei miei dati personali e, soprattutto, quelli del minore da me rappresentato in qualità di genitore o tutore-affidatario, specificatamente quelli sensibili, relativi alla salute (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; dati biometrici;

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

Località e Data _____

Firma _____

DELEGA

Autorizza inoltre il/la Sig./a _____

Mod. 08.5 – F Rev. 6 del 12/07/2019 – Mod. 08.7 CK3 Informativa Privacy Rev0 del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com



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 – F Rev. 6 del 12/07/2019 – Mod. 08.7 CK3 Informativa Privacy Rev0 del 12/07/2019

Health Assistance S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

Web: www.healthassistance.it

Web: www.coopsalute.com

COOPSALUTE
centrale cooperativa