

**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 dell'erogazione delle prestazioni.
Il modulo dovrà quindi essere inviato a Health Assistance SCpA, unitamente alla richiesta di rimborso spese.

A. DATI IDENTIFICATIVI ASSISTITO (*compilazione obbligatoria)	
Nome e Cognome ASSISTITO* (Titolare o Beneficiario della Copertura):	
Data di nascita*:	C.F.*:
Email:	Tel*:
N. 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 (specificare con/senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interv. Amb):	
Intervento chirurgico:	
Data di ingresso in ricovero:	Data prevista di uscita (in caso di ricovero):
Nominativo del Medico 1° operatore:	Convenzionato: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
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 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* _____

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.

Titolare del Trattamento dei dati personali

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali, responsabile nei Suoi confronti del legittimo e corretto uso dei Suoi dati personali, è **Mutua Nazionale Società di Mutuo Soccorso** (per il seguito "MUTUA NAZIONALE"), che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

SEDE: **Via di Boccea 678 - 00166 Roma (RM) - ITALIA**

TELEFONO: **+39 06 66541427**

EMAIL: privacy@mutuanazionale.org

PEC: mutuanazionale@legalmail.it

La società MUTUA NAZIONALE ha:

- Nominato un **Responsabile della protezione dei dati personali** (Data Protection Officer o DPO)
EMAIL: dpo@mutuanazionale.org
- Nominato **Responsabile del Trattamento HEALTH ASSISTANCE SOCIETÀ COOPERATIVA** (in seguito Centrale Salute)
SEDE: **via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM) - ITALIA**
TEL: **+39 06 9019801**
PEC: healthassistance@legalmail.it

La società HEALTH ASSISTANCE SOCIETÀ COOPERATIVA ha:

- Nominato un **Responsabile della protezione dei dati personali** (Data Protection Officer o DPO)
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 all'erogazione delle prestazioni, in qualità di Centrale Salute, conformemente a quanto previsto dal Piano Sanitario prescelto.

La documentazione richiesta per l'erogazione di prestazioni sanitarie, richieste di rimborso in forma diretta e/o indiretta e di indennizzo e in generale 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>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.</p> <p>Esempio di prestazione:</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 (MUTUA NAZIONALE)</p>	<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; (tra questi: 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); dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); dati riferiti ai familiari dell'assistito, dati di minori.</p>	<p>Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)</p>
<p>2. Gestione contabile; gestione del contenzioso</p>	<p>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.</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR 2016/679)</p>

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

Destinatari o categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati

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

- 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 NAZIONALE, ed è reperibile attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo mutuanazionale@legalmail.it

Durata del trattamento

I Suoi dati personali 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 Suoi dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico e anche cartaceo. L'acquisizione di documentazione sanitaria, può avvenire 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 Salute. 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 che 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;
- 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
- 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 giudiziaria;
- di esercitare il diritto di opposizione per finalità di informazione e promozione istituzionale in qualsiasi momento, attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo mutuanazionale@legalmail.it

Per esercitare tali diritti Lei potrà rivolgersi in qualunque momento alla MUTUA NAZIONALE raggiungibile ai recapiti sopra indicati ovvero all'indirizzo email dedicato privacy@mutuanazionale.org, senza alcun vincolo di forma, e Le verrà fornito riscontro entro 30 giorni in forma scritta (salvo Sua specifica richiesta di riscontro orale).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il Sottoscritto/a (Nome e Cognome) _____

Nato/a il _____ a _____ C.F. _____

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: **sexo 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

LUOGO E DATA _____ **FIRMA** _____

DELEGA

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) _____