

MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO/RIMBORSO SPESE MEDICHE IN FORMA INDIRECTA

ATTENZIONE

Una volta compilato e sottoscritto, il presente modulo dovrà essere inviato mezzo posta a **Health Assistance SCpA - via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM)** oppure a mezzo fax al numero **+39 06 77607611**.
Alternativamente e preferibilmente accedi alla tua Area Riservata e utilizza le utilità dedicate.

| DATI IDENTIFICATIVI (*compilazione obbligatoria) | | |
|---|--------|------|
| Nome e Cognome TITOLARE* (titolare della Copertura Sanitaria): | | |
| Residenza/Domicilio: via/piazza | | n. |
| Città: | Prov.: | CAP: |
| Luogo e data di nascita*: | C.F.*: | |
| Tel: | Cell*: | |
| Email (consigliata per successive comunicazioni relative all'esito della valutazione): | | |
| N. Adesione (ove disponibile): | | |
| Ente di appartenenza (ove previsto): | | |
| Nome e Cognome del BENEFICIARIO (chi usufruisce delle prestazioni se diverso dal Titolare): | | |
| Luogo e data di nascita*: | C.F.*: | |

| A. DATI RELATIVI ALLE SPESE MEDICHE DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO | |
|---|---|
| Patologia/Diagnosi (come da certificato medico allegato): | |
| Tipo Accertamento extraospedaliero/prestazione dentaria/terapia/check up - se previsti: | |
| Ricovero: sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | Degenza (in caso di ricovero): dal _____ al _____ |

Il Titolare, avendo preso visione delle norme che regolamentano il Programma di Assistenza Sanitaria sottoscritto, con il presente documento fa richiesta di rimborso delle seguenti fatture/notule (si prega di precisare se si tratta di ticket sanitari indicando la parola 'TK' o fatture indicando la parola 'FT' accanto al numero FT/TK):

| NUMERO FT/TK | DATA | IMPORTO |
|--------------|------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

| NUMERO FT/TK | DATA | IMPORTO |
|--------------|------|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

B. INFORMAZIONI IMPORTANTI PER LA PRESENTAZIONE DELLE RICHIESTE DI RIMBORSO

1. Consultare sempre il proprio Sussidio e la Guida Operativa per la verifica preventiva della copertura delle spese che si intendono presentare a rimborso o dei casi di operatività dell'indennizzo oltre che la documentazione necessaria perché la richiesta possa essere presa in esame;
2. Consultare sempre la Guida Operativa che costituisce parte integrante del Sussidio e fornisce informazioni maggiormente di dettaglio sulle modalità di accesso alle prestazioni sanitarie e di presentazione delle richieste di rimborso;
3. Compilare un modulo per ogni persona e per ogni evento (ricovero o evento patologico);
4. Inviare la richiesta alternativamente o a mezzo posta o a mezzo fax evitando di utilizzare contemporaneamente entrambi i canali per la medesima richiesta (cosa che potrebbe complicare la lavorazione e far slittare i tempi della stessa; si rammenta che, nel caso si disponesse di un accesso internet, è possibile inviare la richiesta di rimborso attraverso l'area riservata presente nel sito

- www.healthassistance.it (sezione pratiche on line); la procedura di login e di presentazione delle richieste è semplice e guidata e consente tempi più rapidi di definizione delle richieste rispetto all'invio tramite posta o fax;
5. Allegare sempre prescrizione medica attestante la diagnosi di patologia presunta o accertata e data insorgenza della patologia o della sintomatologia; copia delle fatture o notule e copia dei relativi referti; copia conforme all'originale della cartella clinica (nel caso di Ricovero, Day Hospital o Day Surgery); referto di Pronto Soccorso (completo soprattutto di descrizione delle modalità di accadimento) nel caso di Infortunio; fermo quanto sopra, la Centrale Salute di Health Assistance si riserva di chiedere ulteriore certificazione nel caso la stessa si rendesse necessaria ai fini della valutazione delle richieste di rimborso/indennizzo, in ottemperanza alle condizioni del Sussidio Sanitario di riferimento;
 6. Indicare (nell'apposito campo di questo Modulo) il periodo di ricovero per richiedere il rimborso di spese sostenute prima e dopo il ricovero stesso;
 7. In caso prestazioni sanitarie erogate da struttura convenzionata (sia di ricovero che extra ricovero), è necessario allegare anche copia del relativo "Modulo di accesso al Network indiretto" per verificare l'applicazione delle tariffe agevolate da parte della struttura convenzionata;
 8. Allegare lo scontrino parlante emesso dalla farmacia per richiedere il rimborso delle spese sostenute per l'acquisto di medicinali;
 9. Il rimborso avverrà sempre sulle coordinate bancarie del Titolare. Nel caso ci sia necessità di comunicare la variazione dell'IBAN, il presente Modulo non potrà esserne strumento di variazione e acquisizione: sarà necessario procedere a preventiva segnalazione alla Mutua.
 10. Le rammentiamo che appartenere ad una società di mutuo soccorso consente la migliore tutela sanitaria possibile costituendo al tempo stesso una scelta di valori: in quanto tale, richiama tutti ad un comportamento mutualistico e responsabile. Pertanto, Le raccomandiamo di scegliere sempre le Strutture del Network di Health Assistance non solo in forma diretta, ma anche a rimborso. Tale soluzione Le consentirà non solo di far riferimento a Strutture e professionisti esperti tra i più rinomati, ma anche di godere in ogni caso di tariffe agevolate presentando il Modulo di Accesso al Network in forma indiretta alla Struttura sanitaria convenzionata prescelta. La invitiamo a prendere visione del Network accedendo alla Sua area riservata o a contattare il numero verde. I nostri operatori sono a Sua disposizione per indicarLe la struttura sanitaria ed i professionisti più idonei e vicini per Lei e la Sua Famiglia.

LUOGO E DATA _____

FIRMA DEL TITOLARE O DEL BENEFICIARIO MAGGIORENNE (se diverso dal Titolare) _____

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 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**

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)
EMAIL: dpo@mbamutua.it
- 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 alla Centrale Salute.

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 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.</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</i></p> | <p>Norma Stato membro (GDPR 2016/679 art. 6, par.</p> |

| | | |
|--|---|------------|
| | sanitarie; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); dati riferiti ai familiari dell'assistito, dati di minori. | 1 lett. b) |
|--|---|------------|

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:

- 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 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 _____ 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:

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

Sono consapevole che in assenza del consenso espresso al trattamento dei dati non sarà possibile procedere all'erogazione dei servizi richiesti.

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) _____