

## MODULO DI RICHIESTA PIC CHECK UP

Da inviare compilato e sottoscritto a mezzo fax al numero: **+390677607611**

Alternativamente e preferibilmente accedi alla tua Area Riservata e utilizza le utilità dedicate

### 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 scelta \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) e CONSENSO DELL'INTERESSATO**

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare a 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**

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è CASSA MUTUA MBA – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale (di seguito anche “**CASSA MBA**”), via di Santa Cornelia 5, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 06.40418219; PEC [cassa.mba@legalmail.it](mailto:cassa.mba@legalmail.it) . Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer (“DPO”)** contattabile ai seguenti recapiti: [dpo@mbacassa.org](mailto:dpo@mbacassa.org).

**Responsabile del Trattamento**

La società Health Assistance Società Cooperativa per Azioni, con sede in Via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 069019801; PEC [healthassistance@legalmail.it](mailto:healthassistance@legalmail.it) è stata nominata Responsabile del Trattamento per tutte le attività connesse alla sua attività di service provider ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer (“DPO”)** contattabile ai seguenti recapiti: [dpo@healthassistance.it](mailto:dpo@healthassistance.it).

**Dati trattati, finalità, base giuridica e tempo di conservazione:**

<b>Finalità</b>	<b>Dati trattati</b>	<b>Base Giuridica</b>	<b>Tempo di conservazione</b>
<p><b>Anagrafica e gestione amministrativa</b> Gestione della posizione amministrativa degli Associati iscritti e aventi diritto , degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica di Iscritti , a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Applicativo di CASSA MBA; raccolta documentazione in modalità cartacea, o mediante sottoscrizione tramite tablet oppure attraverso la registrazione nell'area riservata ; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempiimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/Fax o internet (sms; mms; e-mail).</p>	<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.) e dati sanitari (anamnesi medica)</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); adempimento di obblighi di legge (art. 6, par. 1 lett c) GDPR); consenso dell'interessato ( art. 9 par. 2 lett. a GDPR )</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p><b>Prestazione di sussidi sanitari</b> Valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dall' Iscritto, come previsto dal Piano Sanitario (prestazioni sanitarie in forma <b>indiretta</b>)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale. Coordinate bancarie e dati sanitari</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); consenso dell'interessato ( art. 9 par. 2 lett. a GDPR )</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

<p><b>Erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta</b>          Autorizzazione mediante l'accesso alla Rete Convenzionata messa a disposizione da MUTUA MBA in forza del rapporto di mutualità mediata, anche per il tramite del proprio Service Provider (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall' Iscritto 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).</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; dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); Coordinate bancarie.</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR);          Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR )</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p><b>Attività di informazione istituzionale e promozione della mutualità</b>          l'invio di materiale informativo dell'attività svolta da CASSA MBA e di enti convenzionati, anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail): invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, comunicazione di tutte le iniziative finalizzate a migliorare la vita degli Iscritti ed i loro familiari Aventi Diritto socialmente, culturalmente e fisicamente, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato.</p>	<p>Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale;          Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR)</p>	<p>Fino alla conclusione del rapporto associativo</p>
<p><b>Apposizione firma elettronica avanzata</b> <i>i cui dati personali connessi a caratteristiche biometriche comportamentali vengono acquisiti tramite speciali tavolette grafometriche (tablet), in grado di elaborare una serie di parametri dinamici quali la scansione temporale di posizione, la velocità e la pressione della penna, l'accelerazione, i salti in volo. Tali dati sono trattati dal titolare del trattamento ai fini della sottoscrizione di documenti informatici secondo quanto stabilito dal CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale - D.lgs 82/2005)</i></p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale;          Dati biometrici;</p>	<p>Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR )</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede di CASSA MBA ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo [privacy@mbacassa.org](mailto:privacy@mbacassa.org)

### **Modalità di trattamento**

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico ed 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 del trattamento, 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.).

I dati acquisiti per le finalità sopra indicate sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente e gli stessi essendo raccolti per finalità determinate, non potranno successivamente essere trattati in modo che sia incompatibile con tali finalità.

In riferimento alle "categorie particolari" di dati personali (dati relativi alla salute, dati relativi all'origine razziale ed etnica ecc ...), precisiamo che il conferimento di alcuni di essi è necessario per dar seguito alle richieste dell'Interessato e per eseguire le prestazioni contrattuali, pertanto il mancato conferimento dei suddetti dati potrebbe determinare l'impossibilità per CASSA MBA di adempiere le proprie prestazioni.

### **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](http://www.garanteprivacy.it);
- 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;
- 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 a CASSA MBA, con sede in Via di Santa Cornelia, 5 - 00060 Formello (RM), IT – raggiungibile anche all'indirizzo [privacy@mbacassa.org](mailto:privacy@mbacassa.org).

### **Conferma di lettura dell'informativa privacy e consenso al trattamento dei dati personali:**

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_

o dichiaro di aver preso visione dell'Informativa (ex art. 13 GDPR) e di averne compreso il contenuto.

o acconsento al trattamento dei dati personali di natura particolare (a titolo esemplificativo dati relativi alla salute, dati sull'origine razziale ed etnica) per la finalità di autorizzazione alla erogazione di prestazioni sanitarie, di sussidi per spese sanitarie, di contributi economici e servizi di assistenza.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_

Mod. 08.5 – Q Mba Rev. 4 del 12/07/2019 – Mod. 08.7 – CK3 Privacy Rev.0 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](http://www.healthassistance.it)

Web: [www.coopsalute.com](http://www.coopsalute.com)