

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: si <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);

Mod 08.5 – HP Rev. 1 del 13/11/2024 – Mod. CK3 PRV Privacy Rev 1 dell'08/02/2023

Health Assistance S.C.p.A.

c/o Palasalute - Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM)
C.F. 12989581009 - www.healthassistance.it

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 a Lei dedicato. 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)

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

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 PREVIP (di seguito anche "PREVIP"), con sede in Viale Vittorio Veneto 18, 20124, Milano (MI); Telefono +39 02.58442527; PEC previp@legalmail.it. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer ("DPO")** contattabile ai seguenti recapiti: dpo@previp.eu

Dati trattati, finalità, base giuridica e tempo di conservazione

Nell'espletamento delle attività con finalità mutualistiche ai sensi dello Statuto e del Regolamento Attuativo dello Statuto di Cassa PREVIP La informiamo che raccogliamo e trattiamo i Suoi dati personali di natura comune e di natura particolare.

In merito ai dati personali appartenenti a categorie particolari riferiti ai soci degli enti mutualistici e ai loro familiari, il trattamento è autorizzato dal Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 146 del 5 giugno 2019 ("Provvedimento recante le prescrizioni relative al trattamento di categorie particolari di dati, ai sensi dell'art. 21, comma 1 del d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101", pubblicato sulla GU n 176 del 29 luglio 2019). Non è pertanto necessario il conferimento del consenso per il trattamento di tali dati, in quanto l'adesione all'ente mutualistico e lo scopo sociale dell'ente medesimo legittimano il trattamento dei dati personali in esecuzione del contratto di cui l'interessato è parte a seguito dell'adesione.

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica	Tempo di conservazione
<p>Anagrafica e gestione amministrativa Gestione della posizione amministrativa degli associati e beneficiari delle prestazioni erogate, nonché gestione degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica degli associati a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Attuativo dello Statuto; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.) e dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); coordinate bancarie</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); Provvedimento Garante Privacy n. 146 del 5 giugno 2019</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Erogazione di prestazioni sanitarie in forma indiretta Valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dall'associato, come previsto dal piano sanitario (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'associato)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); 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); Provvedimento Garante Privacy n. 146 del 5 giugno 2019</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta 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 erogazione di prestazioni in forma diretta)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); 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); Provvedimento Garante Privacy n. 146 del 5 giugno 2019</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

Attività di informazione istituzionale e promozione della mutualità L'invio di materiale informativo dell'attività svolta da Cassa PREVIP 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 associati e dei beneficiari delle prestazioni socialmente, culturalmente e fisicamente, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato.	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.);	Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR)	Fino alla conclusione del rapporto associativo
---	--	---	--

Il trattamento si svolge in modo che i dati non possano essere ulteriormente trattati per finalità diverse o incompatibili con quelle sopra indicate, per le quali sono stati espressamente raccolti.

In riferimento alle "categorie particolari" di dati personali (dati relativi alla salute), 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 PREVIP di adempiere alle proprie prestazioni.

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati

Ai fini dell'erogazione del servizio di assistenza sanitaria nei confronti dei propri associati, Cassa PREVIP ha affidato a Mutua MBA la gestione di Piani di Assistenza Sanitaria, mediante sottoscrizione di apposito Accordo Quadro, che regola il rapporto di mutualità mediata fra Cassa PREVIP e Mutua MBA, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 179/2012 (servizio erogato anche per il tramite del proprio service provider).

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, Cassa PREVIP potrà dunque comunicare i Suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- MUTUA MBA – Società di Mutuo Soccorso Società Cooperativa per Azioni con sede in Via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia. Telefono 06.90198060; PEC mbamutua@legalmail.it, nominata Responsabile del Trattamento per tutte le attività svolte da Mutua MBA in forza dell'accordo di mutualità mediata. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al Data Protection Officer ("DPO") contattabile ai seguenti recapiti: dpo@mbamutua.it
- 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, 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.
- 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);
- 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 e finanziari, Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale di Cassa PREVIP o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali a titolo esemplificativo, servizi legali, servizi amministrativi, spedizioni e servizi informatici), al service provider per l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta, nonché per l'attività di convenzionamento e gestione del network; enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
- 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;
- soggetti autorizzati direttamente dall'interessato mediante delega/autorizzazione.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede di Cassa PREVIP ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo dpo@previp.eu

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.).

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

Le ricordiamo che il Regolamento europeo 2016/679 attribuisce all'interessato una serie di diritti, descritti ed esercitabili alle condizioni di cui agli artt. da 15 a 22 dello stesso Regolamento. In particolare, Lei ha 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,

Mod 08.5 – HP Rev. 1 del 13/11/2024 – Mod. CK3 PRV Privacy Rev 1 dell'08/02/2023

Health Assistance S.C.p.A.

c/o Palasalute - Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM)
 C.F. 12989581009 - www.healthassistance.it

raggiungibile al sito Web 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 PREVIP con sede in Milano (MI), Viale Vittorio Veneto 18, 20124 raggiungibile anche all'indirizzo dpo@previp.eu