

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

Mod.26

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

Dip. In servizio o Fondo Esuberi

Dip. in Quiescenza

Dirigente in Servizio

Base

Standard

Ex BPI

Plus

Super

BPN

Extra

CREBERG

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Tel _____ Cell (*) _____ E-mail _____

Azienda di appartenenza _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l'invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso:

- Ricovero in istituto di cura
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione
- Prestazioni Extraospedaliere non collegate al ricovero
- Prestazioni Odontoiatriche

Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Assicurazione Salute avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.

Si allegano **IN COPIA** le seguenti fatture (NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative):

	N° Fattura/Ricevuta	Ente Emittente	Data Fattura/ Ricevuta	Importo																	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
Totale richiesto																					

LA PRESENTE RICHIESTA ATTIVA **AUTOMATICAMENTE** LA COPERTURA INTEGRATIVA **A.S.A. – CASPOP** (ASSISTENZA SANITARIA AGGIUNTIVA CASPOP), NEI LIMITI DELLA QUOTA NON RIMBORSATA E FINO A CAPIENZA DELLA DISPONIBILITA' RESIDUA. **IN CASO DI VOLONTA' CONTRARIA** BARRARE LA CASELLA SOTTOSTANTE E SOTTOSCRIVERE PER CONFERMA E RINUNCIA DEFINITIVA AD UTILIZZARE L'INTEGRAZIONE A.S.A. - CASPOP PER LE PRESTAZIONI OGGETTO DELLA PRESENTE RICHIESTA .

NO integrazione A.S.A. – CASPOP

Firma del Socio richiedente

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO SI* _____

**SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI FONDI O ASSICURATORI E RELATIVO N° DI POLIZZA*

IN CASO DI INFORTUNIO O INCIDENTE STRADALE COMPILARE IL SEGUENTE RIQUADRO:

Nome/Cognome Controparte: _____

Nome della Compagnia, Fondo o Cassa: _____

Numero di Polizza: _____ Data Evento: _____

Allegare la seguente documentazione:

- certificato di pronto soccorso
- (in caso di incidente stradale) verbale dell'autorità giudiziaria

N° altri documenti allegati **IN FOTOCOPIA** (cartelle cliniche, certificati di degenza, scheda di dimissione ospedaliera, prescrizione medica contenente quesito diagnostico o patologia, altro) che sono acquisiti dalla Compagnia e/o dalla Cassa e/o da altri soggetti che appartengono alla c.d. catena assicurativa (ad es. TPA – Third Party Administrator e strutture aderenti al network convenzionato): _____

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN

Data compilazione: _____

Firma del Titolare della copertura _____

Firma del familiare _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Ricevuta l'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, ACCONSENTO al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Cassa di Assistenza o Fondo Sanitario, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Società di servizi, eventuali Agenti e/o Broker, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'interessato _____

Firma per Consenso _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (REGOLAMENTO UE 2016/679 - GDPR)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR, la Compagnia **RBM Assicurazione Salute**, in qualità di Titolare del Trattamento, fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei Suoi dati personali e sulla tutela dei Suoi diritti. Al fine di fornirLe una chiara ed esaustiva informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentandoLe che, ai sensi del GDPR, sarà necessario acquisire il Suo consenso scritto, che vorrà manifestare compilando la relativa scheda, si precisa quanto segue.

1. DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

I dati personali, che possono formare oggetto di trattamento possono essere comuni e sensibili.

Ai sensi del summenzionato Regolamento UE 2016/679 - GDPR, sono comuni, a titolo esemplificativo, cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; contatti telefonici, email; cognome e nome, grado di parentela, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili (particolari) i dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di tipo sanitario, idonei a rilevare lo stato di salute (certificati medici e ogni altra documentazione medica presentata) oltre, a titolo di completezza, i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale.

I dati comuni e sensibili da Lei conferiti e le eventuali variazioni di tali dati che Ella comunicherà in futuro alla Compagnia RBM Assicurazione Salute saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate.

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali da parte di RBM Assicurazione Salute è effettuata per finalità **(1)** attinenti l'esercizio dell'attività assicurativa e liquidativa delle prestazioni sanitarie. I dati personali di natura sensibile potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata. In particolare, il trattamento consiste nella lavorazione e liquidazione delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari. La raccolta ed il trattamento dei dati personali è effettuata in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza e di controllo (ad es. in materia di accertamenti fiscali, etc.). Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il Suo consenso.

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni a RBM Assicurazione Salute coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi e/o liquidativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa liquidativa.

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che RBM Assicurazione Salute intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, anche sensibili, al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge, – non potranno essere forniti, in tutto o in parte, i servizi e/o prodotti assicurativi.

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI E CONSERVAZIONE

I dati acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con adeguate modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato da RBM Assicurazione Salute preposto alla fornitura dei servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di fiducia a cui vengano affidati alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa **(2)**.

I dati personali sono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e lo saranno per tutto il tempo di vigenza del rapporto, comunque nel rispetto della vigente normativa.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento di talune attività, la Società ha l'esigenza di comunicare alcuni dei Suoi dati anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli per l'effettuazione di procedure necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al

funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio delle pratiche di rimborso in genere.

I dati personali, possono essere comunicati, tra gli altri, a Service amministrativi, Società incaricate della gestione dei servizi: di Centrale Operativa, di Contact Center, delle richieste di rimborso **(3)**; istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuto per le prestazioni.

I dati non sono soggetti a diffusione.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- accesso ai dati personali;
- rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- revoca del consenso;
- cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- limitazione del trattamento;
- opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
- proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (succ. par. 8 "Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati").

6. COOKIES

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

7. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care. Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa concernente la suddetta possibilità sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore. La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato. Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato – dipendenti e/o collaboratori del Call center – i quali, in qualità di incaricati del trattamento dati, svolgono il servizio di assistenza tecnica e/o coordinamento dei servizi di Customer Care.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è RBM Assicurazione Salute S.p.A. (www.rbmsalute.it) V. E. Forlanini 24 Borgo Verde – 31022 Preganziol Treviso (e-mail: privacy@rbmsalute.it).

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo privacy@rbmsalute.it/rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it, al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR.

Note

- 1) Ad esempio, per la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per la prevenzione e l'individuazione, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali.
- 2) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 3) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui

appartiene RBM Assicurazione Salute ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni)