

**MODULO DI RICHIESTA DI INDENNIZZO/RIMBORSO**

**SPESE MEDICHE FORMA INDIRECTA**

Da inviare compilato e sottoscritto:

mezzo posta a: **Coopsalute SCpA** -Via di Santa Cornelia 9 - 00060 - Formello (RM);

oppure: a mezzo fax al numero **06/77607611**

**DATI IDENTIFICATIVI (\* compilazione obbligatoria)**

**Nome e Cognome TITOLARE \*** (Titolare della copertura Sanitaria)

Residenza/Domicilio: Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Luogo e data Nascita \* \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \* \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell.\* \_\_\_\_\_

E-mail) \_\_\_\_\_

(consigliata per successive comunicazioni relative all'esito della valutazione)

Numero Adesione (ove possibile) \_\_\_\_\_ Ente di appartenenza (ove possibile) \_\_\_\_\_

**Nome Cognome del BENEFICIARIO** (chi usufruisce delle prestazioni se diverso dal Titolare)

Luogo e data Nascita \* \_\_\_\_\_ Cod. Fiscale \* \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \* \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell.\* \_\_\_\_\_

**A. DATI RELATIVI ALLE SPESE MEDICHE DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO**

Patologia/Diagnosi (come da certificato medico allegato) \_\_\_\_\_

In caso di Ricovero, barrare la casella  e indicare la degenza dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



- 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 Coopsalute 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 Titolare o del Beneficiario maggiorenne (se diverso dal Titolare)

#### Informativa Privacy a favore dell'Assistito Beneficiario

(ai sensi dell'art. 13 D.LGS. N. 196 del 30/06/2003 per il Trattamento dei dati personali)

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali ("Codice della Privacy"), La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti, in qualità di "Interessato" del trattamento, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza secondo quanto previsto dall'art. 11 del Codice, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Pertanto, conformemente a quanto previsto dall'art. 13 del d.lgs.196/03, Le forniamo le seguenti informazioni:

#### 1. Natura dei dati trattati

Oltre ai Suoi dati identificativi anagrafici e fiscali, definiti dalla legge "dati comuni", per un corretta erogazione dei servizi richiesti abbiamo la necessità di trattare taluni dati definiti dalla legge "dati sensibili". In particolare si tratta dei dati dai quali si ricavano informazioni sullo stato di salute (informazioni sanitarie e/o genetiche), nei limiti in cui il trattamento di tali informazioni ci è necessario per ottemperare all'erogazione dei servizi da Lei richiesti e agli obblighi previsti dalla legge.

#### 2. Finalità del trattamento:

- a) istituzionali e gestionali, connesse e strumentali alla richiesta di rimborso di prestazioni in forma indiretta; indennizzo/rimborso spese mediche; attività amministrative legate al rapporto associativo, liquidazione delle prestazioni in forma indiretta, eventuali controversie. Utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; e-mail);

Mod. 07.5 – H Rev. 03 del 21/04/2017

#### Coopsalute S.C.p.A.

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org



b) per ogni altro adempimento di legge di regolamento e della normativa comunitaria.

### 3. Modalità del trattamento

In relazione alle summenzionate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nonché la piena osservanza della Legge. L'archiviazione dei dati può avvenire anche all'estero, in Paesi appartenenti all'Unione Europea, qualora ciò sia funzionale alle procedure di gestione ed in esecuzione alle finalità indicate. La presente informativa è resa per i dati forniti direttamente dall'interessato, o raccolti presso terzi. Per i dati di natura sensibile (idonei a rilevare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste all'Autorizzazione Generale del Garante.

### 4. Obbligo o facoltà di conferire i dati

Pur essendo per Lei facoltativo fornirci i Suoi dati personali, La informiamo che in loro mancanza, sarà impossibile per la nostra Società adempiere all'erogazione dei servizi da Lei richiesti, pertanto il loro mancato conferimento e la manifestazione del consenso da parte Sua, comporterà, di fatto, l'impossibilità al perseguimento delle finalità sopra descritte.

### 5. Comunicazione e diffusione dei dati

I Suoi dati personali non saranno "diffusi", cioè non saranno messi a conoscenza di soggetti indeterminati; invece, tali dati saranno da noi "comunicati", cioè saranno messi a

conoscenza di uno o più soggetti determinati, come appresso specificato:

- dipendenti e collaboratori in qualità di "responsabili" o "incaricati" del trattamento dei dati personali che siano coinvolti da Coopsalute SCpa nell'erogazione dei servizi riferiti alle finalità sopra menzionate o connesse alle finalità indicate; I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati e ai responsabili del trattamento, anche esterni, debitamente nominati da parte di Coopsalute SCpa;
- soggetti pubblici o privati previsti dal Programma di Assistenza Sanitaria a cui Lei aderisce (Ente di appartenenza, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti o altro Fondo o Società con la quale è attiva la copertura sanitaria); Istituti di credito per le sole operazioni relative ad invio degli assegni o accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti per le prestazioni sanitarie in forma indiretta;
- i dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistiche;
- 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.

### 6. Durata del trattamento

I dati personali da Lei conferiti verranno trattati per il tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità sopra descritte ed anche successivamente per l'espletamento di obblighi previsti dalla legge.

### 7. Diritti dell'Interessato

In ogni momento, ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003, è Suo diritto:

- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché, delle finalità e delle modalità del trattamento e della logica applicata in caso di trattamento con strumenti elettronici;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e trattati
- avere conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i suoi dati sono comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di "responsabili" o "incaricati";

I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta al Titolare o al Responsabile del trattamento dei dati personali.

### 8. Il titolare del trattamento

Per esercitare i Suoi diritti si può rivolgere a COOPSALUTE SCpa, in persona del legale rappresentante pro-tempore, - con sede legale in Via di Santa Cornelia n. 9, CAP 00060 - FORMELLO (RM).

Con la sottoscrizione della presente Informativa il richiedente dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy, in particolare con riguardo alle finalità, modalità e comunicazione del trattamento dei dati personali e pertanto:

Il sottoscritto consente il trattamento dei dati personali secondo le Finalità di tipo 1.a) e 1.b) SI  NO

Data ..... Firma (leggibile) dell'Interessato Titolare o del Beneficiario maggiorenne (se diverso dal Titolare) .....

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)

Mod. 07.5 – H Rev. 03 del 21/04/2017

**Coopsalute S.C.p.A.**

Via di Santa Cornelia, 9 | 00060 Formello (RM) | Italy

Cod. Fiscale: 12989581009

PEC: coopsalute@pec.it | Web: www.coopsalute.org

