

**MODULO DI RICHIESTA PIC CHECK UP**

a mezzo fax al nr. **06/77607611**

attenzione: indicare sempre recapiti telefonici/mail

**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:<br>_____ |
| <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 prescelta \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Mod. 07.5 – Q Rev. 01 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

## 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 sei 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 (informazione 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 gestione della domanda di richiesta di Check Up; liquidazione delle prestazioni in forma diretta, eventuali controversie. Utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; e-mail);
- b) prestazioni di sussidio sanitario; autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso all'Ente pagatore (MBA, o altro Fondo o Società con la quale è attiva la copertura sanitaria) e 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;
- soggetti pubblici o privati coinvolti nell'erogazione dei servizi richiesti nel modulo di Check Up (ad es. Strutture Sanitarie, Medici Professionisti), debitamente nominati Responsabili del trattamento; soggetti Delegati;
- Enti pagatori (MBA, 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 diretta;
- 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.

Mod. 07.5 – Q Rev. 01 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



## 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.

Per revocare il consenso si può rivolgere al Titolare del trattamento.

## 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 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)*

\_\_\_\_\_