

DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE ED ODONTOIATRICHE

(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:

Fondo Sanitario mètaSalute
presso RBM Assicurazione Salute - Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO	<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE
DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA	
Cognome _____ Nome _____	
Nato/a _____ il _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Codice Fiscale _____	
Tel _____ Cell.(*) _____ E-mail _____	
(*) : Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "VEDI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms	

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO	
Cognome _____ Nome _____	
Nato/a _____ il _____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Codice Fiscale _____	

Segnare con una crocetta il tipo di rimborso richiesto e relativa documentazione allegata

Documentazione richiesta:

NB: In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate **è obbligatorio** attivare il regime di assistenza sanitaria diretta.

Qualora l'Assistito non provveda ad effettuare la richiesta del VoucherSalute®, la prestazione non potrà essere liquidata in regime di assistenza diretta né presentata a rimborso.

<p>Ricovero in Istituto di Cura per intervento chirurgico:</p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche	<p>Neonati-ricovero:</p> <input type="checkbox"/> Copia cartella clinica completa <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p> <input type="checkbox"/> Fatture, notule, ricevute, ecc.	<p>Ricovero per intervento chirurgico (Richiesta di indennità sostitutiva):</p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa
<p>Prestazioni pre e post ricovero:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizioni mediche con la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	<p>Ricovero per intervento chirurgico (Richiesta diaria da convalescenza):</p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa
<p>Prestazioni di alta specializzazione/Terapie:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	<p>Ospedalizzazione domiciliare successiva al ricovero con intervento:</p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Ticket per accertamenti diagnostici:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia ticket sanitario	<p>Visite specialistiche:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio, post intervento, malattia:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia <input type="checkbox"/> Copia del certificato di pronto soccorso (solo se da infortunio) <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali <input type="checkbox"/> indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione	<p>Accertamenti diagnostici:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizioni mediche con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery):</p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa/ scheda di dimissione ospedaliera SDO/relazione medica in caso di intervento ambulatoriale (con referto istologico se eseguito) <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	<p>Interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery):</p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa/ scheda di dimissione ospedaliera SDO/relazione medica in caso di intervento ambulatoriale (con referto istologico se eseguito) <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali

<p>Procreazione Assistita:</p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	<p>Sindrome Metabolica:</p> <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Prevenzione (qualsiasi pacchetto previsto):</p> <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali <input type="checkbox"/> Attestazione per l'applicazione delle condizioni previste in regime diretto qualora il centro convenzionato risulti ad una distanza di oltre 30km rispetto al domicilio dell'assicurato	<p>Protocollo Minori:</p> <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali <input type="checkbox"/> Attestazione per l'applicazione delle condizioni previste in regime diretto qualora il centro convenzionato risulti ad una distanza di oltre 30km rispetto al domicilio dell'assicurato
<p>Lenti e occhiali:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione oculista/optometrista con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali <input type="checkbox"/> Copia certificato di conformità delle lenti rilasciato dall'ottico/optometrista <input type="checkbox"/> Attestazione per l'applicazione delle condizioni previste in regime diretto in caso di residenza o domicilio in provincia in cui non siano presenti ottici convenzionati <input type="checkbox"/> Per smarrimento/furto degli occhiali: documenti già elencati e Copia della denuncia <input type="checkbox"/> Per rottura lenti/montatura: documenti già elencati, foto e dichiarazione dell'ottico attestante la casistica	<p>Pacchetto Maternità:</p> <input type="checkbox"/> Per la richiesta di Indennità: copia conforme della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) dalla quale si evince che il ricovero è stato effettuato per il parto. <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la settimana di Gravidanza <input type="checkbox"/> Per la richiesta di prestazioni mediche: Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Rimborso Ticket per medicinali:</p> <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	<p>Latte Artificiale:</p> <input type="checkbox"/> Prescrizione medica attestante la necessità di acquisto del latte artificiale per il neonato
<p>Diaria da Gessatura:</p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica/ambulatoriale completa	<p>Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Diaria da Gessatura:</p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica/ambulatoriale completa	<p>Indennità Trisomia 21:</p> <input type="checkbox"/> Certificazione medica attestante la diagnosi
<p>Visite Odontoiatriche/Pedodontiche con ablazione del tartaro/igiene orale:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione odontoiatrica con indicata la patologia per prestazione (tranne per prima visita con ablazione del tartaro) <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	<p>Cure Dentarie:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione odontoiatrica con indicata la patologia per prestazione <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali <input type="checkbox"/> Attestazione per l'applicazione delle condizioni previste in regime diretto qualora il centro convenzionato risulti ad una distanza di oltre 30km rispetto al domicilio dell'assicurato
<p>Interventi chirurgici odontoiatrici:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizioni mediche con indicata patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Radiografie, referti radiologici, referti istologici (ove richiesti) o fotografia digitale post intervento (ove richiesto) <input type="checkbox"/> Per ricovero: copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	<p>Manutenzione impianti e sostituzione corone:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Apparecchi Ortodontici per minori:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	<p>Invalidità permanente:</p> <input type="checkbox"/> Verbale attestante l'Invalidità rilasciato da INPS/INAIL (N.B: non quello rilasciato dalla commissione medica) <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Logopedia figli minorenni:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	<p>Sigillatura denti figli minorenni:</p> <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p>Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa:</p> <input type="checkbox"/> Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) in caso di parto naturale o cesareo in struttura ospedaliera o copia della cartella ostetrica in caso di parto a domicilio <input type="checkbox"/> Certificato di avvenuta adozione e stato famiglia <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare monoparentale , dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare monoreddito , la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> Dichiarazione aziendale attestante il periodo di astensione dal lavoro indicante sia la data di inizio dell'aspettativa sia la data del rientro all'attività lavorativa o in alternativa copia/e delle buste paga dalle quali si evince il numero dei giorni di aspettativa fruiti nel mese oppure complessivamente goduti	<p>Visite Psicologiche/Psichiatriche:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
	<p>Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore ricoverato in RSA:</p> <input type="checkbox"/> Certificato di ricovero in RSA attestante la durata <input type="checkbox"/> Certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza del genitore <input type="checkbox"/> Certificato di esistenza di vita e codice fiscale <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare monoparentale , dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare monoreddito , la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia

Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili: <input type="checkbox"/> Documentazione esaustiva dell'ASL di competenza <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare monoparentale , dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare monoreddito , la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia	Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitori in LTC temporanea: <input type="checkbox"/> Certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza del genitore, <input type="checkbox"/> Dichiarazione rilasciata del centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) attestante la data del ricovero nella struttura e la continuità del ricovero a partire da tale data <input type="checkbox"/> Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il grado di parentela <input type="checkbox"/> Certificato di esistenza in vita e codice fiscale
Obesità Infantile: <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali	Obesità Adolescenziale: <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
Quota associativa per attività sportiva non agonistica: <input type="checkbox"/> Fattura quota associativa per attività sportiva non agonistica	Spese per la frequenza di colonie estive: <input type="checkbox"/> Fattura del periodo di soggiorno
Borse di studio per i figli dei dipendenti <input type="checkbox"/> Copia del diploma o del certificato sostitutivo <input type="checkbox"/> Certificato di iscrizione al corso di laurea e copia del libretto universitario o attestazione rilasciata dall'ateneo riportante gli esami sostenuti con i relativi esiti	Rette Asili nido <input type="checkbox"/> Copia fatture relative all'anno scolastico <input type="checkbox"/> Copia iscrizione all'asilo nido <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare monoparentale , dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare monoreddito , la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia
Visita sportiva agonistica e non agonistica <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali <input type="checkbox"/> Indicazione del titolo di studio del medico che ha effettuato la prestazione	
Consulto nutrizionale e dieta personalizzata <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali <input type="checkbox"/> Indicazione del titolo di studio del medico che ha effettuato la prestazione	Farmaci di Fascia C: <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali

NB. Si richiede di allegare, inoltre:

- In caso di infortunio: Referto del Pronto Soccorso;
- In caso di cure dentarie da infortunio: Referto di Pronto Soccorso, Ortopantomografia (OPT), radiografie e fotografie;
- In caso di incidente stradale: Verbale dell'incidente redatto dalle Forze dell'Ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole);
- In caso di prestazioni oncologiche follow-up (visite, accertamenti, ecc.): Copia del tesserino di "esenzione 048".

Si allega copia delle seguenti fatture (NB. La documentazione deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni normative):

Numero fattura/ricevuta	Data	Importo	Struttura Sanitaria/Medico

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.

(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile)

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 ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso (da indicare nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)
 Intestatario conto corrente: _____
 IBAN:
 (in caso di modifica dell'IBAN è necessario aggiornare i dati attraverso l'area riservata del sito internet)

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 – Regolamento UE 2016/679

ACCONSENTO al trattamento ed 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, Fondo mètaSalute, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate, come previsto dal paragrafo 2a. dell'informativa allegata.

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)*

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali – Regolamento UE 2016/679

ACCONSENTO, come previsto dal paragrafo 2b. dell'informativa allegata, al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali comuni e sensibili, per finalità promozionali, alla loro comunicazione ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondo mètaSalute, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate, come previsto dal paragrafo 2b. dell'informativa allegata.

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 S.p.A.** (di seguito anche "Compagnia"), 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 o anche 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; impresa o ex impresa di appartenenza; cognome e nome, grado di parentela, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili 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 a 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 sono effettuati:

a. per finalità **(1)** attinenti l'esercizio dell'attività assistenziale complementare, assicurativa e liquidativa delle prestazioni sanitarie e/o assistenziali. I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata. In particolare, il trattamento consiste nella lavorazione delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari; nella liquidazione, sulla base della convenzione con la compagnia di assicurazione, delle pratiche sanitarie indirette e di quelle in convenzione diretta.

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 a cui il Titolare è soggetto (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.

b. per finalità promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Il conferimento dei Suoi dati per tali finalità è facoltativo e il loro mancato rilascio non incide sui rapporti in essere. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento 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 personali sono trattati al fine di fornire agli iscritti ed eventualmente ai relativi familiari prestazioni integrative e/o migliorative di quelle erogate dal S.S.N. in occasione di malattie e infortuni, mediante concessione agli iscritti di erogazione di natura economica sia in forma diretta che mediante rimborso.

I dati così acquisiti non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con adeguate modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture di RBM Assicurazione Salute preposte alla fornitura dei servizi assistenziali e 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 vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 a), i dati personali verranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e comunque nel rispetto della vigente normativa. Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 2 b), i dati personali verranno conservati nel rispetto della vigente normativa o fintantoché l'Interessato non avrà esercitato il proprio diritto di opposizione o revocato il proprio consenso.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento di talune attività, la Compagnia ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti 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 ai seguenti soggetti:

- Fondo metaSalute;
- Compagnie di Riassicurazione, Service amministrativi, Società incaricate della gestione dei servizi: di Centrale Operativa, di Contact Center, delle richieste di rimborso e delle pratiche relative all'accesso in regime di assistenza diretta alle strutture convenzionate, della gestione dei collegamenti informatici, delle attività di consulenza, nonché di altre attività connesse a quelle indicate, della cui collaborazione RBM Assicurazione Salute si avvale **(3)**;
- Istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuto per le prestazioni;
- Struttura medica alla quale Ella intende rivolgersi;
- Società che gestiscono servizi postali informatizzati;
- consulenti medici, legali e tributari di RBM Assicurazione Salute.

Tali soggetti utilizzeranno i dati in qualità di autonomi "titolari" o di "responsabili" di specifici trattamenti in base ad accordi contrattuali con RBM Assicurazione Salute.

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO (4)

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

- a. accesso ai dati personali;
- b. rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- c. revoca del consenso;
- d. cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- e. limitazione del trattamento;
- f. opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- g. 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);
- h. 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 di Previmedical, service amministrativo di RBM Assicurazione Salute, 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 in entrata 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), che si avvale di Responsabili.

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.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento è possibile consultare il sito www.rbmsalute.it.

Note

1) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.

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 consortili 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)

4) Tali diritti sono previsti e disciplinati dal Capo III del GDPR. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata in riferimento alle finalità promozionali, negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.