

**DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE E ODONTOIATRICHE (ED. 01/2021)**  
 (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:

**INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.**  
 presso **PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni**  
 (Rif. Fondo Metasalute)  
 via Enrico Forlanini 24  
 31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

 I/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO

 I/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

**DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  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  M  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 con il Network di Previmedical S.p.A. **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.

<b>Ricovero in Istituto di Cura per intervento chirurgico:</b> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) <b>Retta di degenza dell'accompagnatore</b> <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute	<b>Neonati-ricovero:</b> <input type="checkbox"/> Copia cartella clinica completa contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<b>Ricovero per intervento chirurgico (Richiesta di indennità sostitutiva):</b> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)	<b>Ricovero per intervento chirurgico (Richiesta diaria di convalescenza, cioè il periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporta una inabilità temporanea totale):</b> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa, contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), che certifichi l'inabilità
<b>Prestazioni pre e post ricovero:</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizioni mediche con la patologia presunta o accertata e indicazione dell'intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute	<b>Ospedalizzazione domiciliare successiva al ricovero con intervento:</b> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<b>Rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi</b>	<b>Invalità permanente:</b>

<p><b>similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale (se previsti dai Piani Sanitari)</b></p> <input type="checkbox"/> referti degli accertamenti diagnostici eseguiti	<input type="checkbox"/> copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente <input type="checkbox"/> Copia fatture e/o ricevute fiscali
<p><b>Prestazioni di alta specializzazione/Terapie:</b></p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute	<p><b>Visite specialistiche:</b></p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<p><b>Ticket per accertamenti diagnostici:</b></p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia ticket sanitario	<p><b>Accertamenti diagnostici:</b></p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<p><b>Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio, post-intervento, malattia:</b></p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <input type="checkbox"/> indicazione del titolo professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione <input type="checkbox"/> Copia del certificato di pronto soccorso (solo se da infortunio)	<p><b>Interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery):</b></p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Relazione medica in caso di intervento ambulatoriale  <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<p><b>Procreazione Assistita:</b></p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Relazione medica in caso di intervento ambulatoriale <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute	<p><b>Sindrome Metabolica:</b></p> <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<p><b>Prevenzione (qualsiasi pacchetto previsto):</b></p> <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia o la terapia in atto in caso di prevenzione terziaria § E.6 e degli eventuali screening di secondo livello previsti dalla garanzia "monitoraggio delle patologie tiroidee" § E.7.3	<p><b>Prevenzione Minori:</b></p> <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<p><b>Lenti e occhiali:</b></p> <input type="checkbox"/> Copia del certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta il difetto visivo e la modifica del visus. Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti. <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <input type="checkbox"/> Copia certificato di conformità delle lenti rilasciato dall'ottico <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 emessa dalla competente Autorità Giudiziaria <input type="checkbox"/> Per rottura lenti/montatura: documenti già elencati, foto e dichiarazione dell'ottico che attesta la rottura delle lenti/montatura già oggetto di indennizzo da parte della copertura assicurativa	<p><b>Pacchetto Maternità:</b></p> <input type="checkbox"/> Per la richiesta di Indennità: copia conforme della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per il parto. <input type="checkbox"/> Copia del certificato attestante lo stato di gravidanza, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto <input type="checkbox"/> Per la richiesta di prestazioni mediche: Copia fatture, notule, ricevute <input type="checkbox"/> in caso di gravidanza a rischio: anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
<p><b>Rimborso Ticket per medicinali:</b></p> <input type="checkbox"/> copia della ricetta e fattura (o scontrino nominativo parlante) intestata all'Assicurato	<p><b>Latte Artificiale:</b></p> <input type="checkbox"/> Prescrizione medica attestante la necessità di acquisto del latte artificiale per il neonato <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<p><b>Diaria da Gesso (se prevista dal Piano sanitario):</b></p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera	<p><b>Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici (se previsti dal Piano Sanitario):</b></p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<p><b>Diaria da Gesso (se prevista dal Piano sanitario):</b></p> <input type="checkbox"/> Copia della cartella clinica completa contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera	<p><b>Indennità Trisomia 21:</b></p> <input type="checkbox"/> Certificazione medica attestante la diagnosi

(S.D.O.)/Relazione medica	
<b>Visite Odontoiatriche/Pedodontiche con ablazione del tartaro/igiene orale:</b> <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, notule, ricevute	<b>Cure Dentarie:</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione odontoiatrica con indicata la patologia per prestazione <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <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
<b>Interventi chirurgici odontoiatrici:</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e la patologia/diagnosi <input type="checkbox"/> Radiografie endorali e/o ortopantomografiche  <input type="checkbox"/> Per ricovero: copia cartella clinica completa contenente anche la Scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) ed eventuali prescrizioni mediche <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <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	<b>Manutenzione impianti e sostituzione corone:</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Radiografie endorali e/o ortopantomografiche datate e foto intra-orali recenti pre-manutenzione/sostituzione <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <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
<b>Implantologia e protesi (per es. impianto) per edentulia (solo per garanzia D.8):</b> <input type="checkbox"/> radiografie endorali e/o ortopantomografiche firmate e datate post 01/01/2017 <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <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	<b>Cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica):</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia; deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <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
<b>Ortognatodonzia (per esempio terapia ortodontica) per adulti:</b> <input type="checkbox"/> prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <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	<b>Ortognatodonzia (per esempio terapia ortodontica) per minori:</b> <input type="checkbox"/> prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali e di nuova generazione <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <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
<b>Apparecchi Ortodontici per minori:</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata patologia presunta o accertata <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	<b>Sigillatura denti figli minorenni:</b> <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <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
<b>Logopedia figli minorenni:</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute	<b>Visite Psicologiche/Psichiatriche:</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia presunta o accertata <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<b>Indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa (da presentare solo a fine anno):</b> <input type="checkbox"/> Stato famiglia  <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare <b>monoparentale</b> , dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia	<b>Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore ricoverato in RSA:</b> <input type="checkbox"/> dichiarazione rilasciata dalla RSA che attesta la data del ricovero in struttura e la continuità del ricovero a partire da tale data <input type="checkbox"/> Dichiarazione sostitutiva di certificazione che attesta il grado di parentela

<input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare <b>monoreddito</b> , 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 <input type="checkbox"/> modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per i figli appartenenti al Nucleo Familiare	<input type="checkbox"/> Certificato di esistenza in vita e codice fiscale <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare <b>monoparentale</b> , dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare <b>monoreddito</b> , la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia
<b>Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili (da presentare solo a fine anno):</b> <input type="checkbox"/> copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva  <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare <b>monoparentale</b> , dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare <b>monoreddito</b> , la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie	<b>Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore in LTC temporanea (da presentare solo a fine anno):</b> <input type="checkbox"/> Certificazione medica attestante lo stato di non autosufficienza del genitore <input type="checkbox"/> Dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante il grado di parentela <input type="checkbox"/> Certificato di esistenza in vita e codice fiscale  <input type="checkbox"/> modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie
<b>Obesità Infantile (se prevista dal Piano Sanitario):</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata l'obesità infantile <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute	<b>Obesità Adolescenziale (se prevista dal Piano Sanitario):</b> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata l'obesità adolescenziale <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute
<b>Quota associativa per attività sportiva non agonistica (da presentare solo a fine anno):</b> <input type="checkbox"/> Fattura quota associativa per attività sportiva non agonistica <input type="checkbox"/> Modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di rimborso comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per i figli appartenenti al Nucleo Familiare	<b>Spese per la frequenza di colonie estive:</b> <input type="checkbox"/> Fattura che riporta il periodo di soggiorno <input type="checkbox"/> modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie (per il Piano Base)
<b>Borse di studio per i figli dei dipendenti (da presentare solo a fine anno)</b> <input type="checkbox"/> Copia del diploma o del certificato sostitutivo <input type="checkbox"/> per il corso di laurea: certificato comprovante l'iscrizione in corso (cioè il sostenimento di tutti gli esami previsti per il primo anno) al secondo anno del corso di laurea, fotocopia del libretto universitario o attestazione rilasciata dall'Ateneo che riporta gli esami sostenuti e gli esiti relativi al primo anno, nonché piano di studi del primo anno <input type="checkbox"/> modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di indennità comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie	<b>Rette Asili nido (da presentare solo a fine anno)</b> <input type="checkbox"/> Copia fatture relative all'anno scolastico o del bonifico/bollettino postale con causale parlante <input type="checkbox"/> Copia iscrizione all'asilo nido <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare <b>monoparentale</b> , dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> In caso di Nucleo Familiare <b>monoreddito</b> , la Dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare e la Dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia <input type="checkbox"/> modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di rimborso comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro

<b>Visita sportiva agonistica e non agonistica (da presentare solo a fine anno)</b> <input type="checkbox"/> fattura della visita sportiva <input type="checkbox"/> modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di rimborso comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per i figli appartenenti al Nucleo Familiare	indennizzo per prestazioni sanitarie
<b>Consulto nutrizionale e dieta personalizzata (da presentare solo a fine anno)</b> <input type="checkbox"/> Copia fatture, notule, ricevute <input type="checkbox"/> Indicazione del titolo di studio del medico che ha effettuato la prestazione <input type="checkbox"/> modulo reperibile in area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di rimborso comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie	<b>Farmaci di Fascia C (se previsti dal Piano Sanitario):</b> <input type="checkbox"/> copia della ricetta e fattura (o scontrino nominativo parlante) intestata all'Assicurato con specifica dei prodotti acquistati oppure <input type="checkbox"/> copia della ricetta con il costo dei singoli prodotti e con il timbro della farmacia, insieme allo scontrino fiscale per il totale.

**NB. Si richiede di allegare, inoltre:**

- **In caso di infortunio: Referto del Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio; oppure, se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo**
- **In caso di cure dentarie da infortunio: Referto di Pronto Soccorso, Ortopantomografia (OPT), radiografie e fotografie, prescrizione del medico odontoiatra;**
- **In caso di incidente stradale: Verbale dell'incidente redatto dalle Forze dell'Ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole);**
- **In caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.): Copia del tesserino di "esenzione 048".**

Si allega copia delle seguenti fatture **(NB. La documentazione di spesa deve avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. Nel caso in cui non sia munita di documentazione regolare, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta. L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola):**

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, Intesa Sanpaolo RBM 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 ai sensi della normativa vigente in materia**

Tenuto conto dell'Informativa allegata resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa, nella Sezione 3 "Categorie dei dati personali, finalità e base giuridica del trattamento".

Inoltre, apponendo la mia firma in calce, confermo il mio consenso in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui alla Sezione 4 dell'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella Sezione 8 dell'Informativa.

Le ricordiamo che senza tale consenso non è possibile concludere o dare esecuzione al rapporto contrattuale.

Il fondo Metasalute tratterà i suoi dati in qualità di Titolare Autonomo, per la finalità di gestione, evasione e monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate dal Fondo anche con l'ausilio di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.; l'informativa completa del Fondo è disponibile sul portale [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it) nella sezione "Privacy".

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 NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L'INFORMATIVA) E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il Regolamento sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito il "Regolamento") contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

**SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

**Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.**, con sede legale in Via A. Lazzari, 5 – 30174 Venezia-Mestre (VE), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche la "Società" o il "Titolare") tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le finalità indicate nella Sezione 3. Per ulteriori informazioni può visitare il sito Internet di Intesa Sanpaolo RBM Salute [www.intesasampaolorbmsalute.com](http://www.intesasampaolorbmsalute.com) e, in particolare, la sezione "Privacy" con tutte le informazioni concernenti l'utilizzo ed il trattamento dei Dati Personali.

**SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Intesa Sanpaolo RBM Salute ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "Data Protection Officer" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: [privacy@intesasampaolorbmsalute.com](mailto:privacy@intesasampaolorbmsalute.com)

**SEZIONE 3 - CATEGORIE DEI DATI PERSONALI, FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO****Categorie di Dati Personali**

I Dati Personali che la Società tratta sono dati anagrafici, dati di contatto, dati relativi al nucleo familiare, dati di polizza, dati relativi ad eventuali sinistri che La riguardano, dati bancari per la liquidazione dei sinistri, altri dati personali da Lei forniti, nonché dati classificati dall'art. 9.1 del Regolamento come "categorie particolari", quali:

- dati relativi allo stato di salute;
- dati riportati in prescrizioni e referti medici, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici;
- dati relativi alle prestazioni assicurative effettuate a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Inoltre, nell'ambito della gestione di eventuali reclami e contenziosi, potranno essere trattati dati multimediali (es. registrazioni delle telefonate intercorse).

**Finalità e base giuridica del trattamento**

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

**a) Erogazione di servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per fornirLe i servizi e/o prodotti previsti dagli eventuali contratti assicurativi di cui è parte o da misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (tra cui lavorazione delle richieste di rimborso delle prestazioni effettuate, accertamenti amministrativi e controlli sanitari, liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e in convenzione diretta).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

In relazione a tale finalità, il trattamento di dati particolari (tra cui dati idonei a rilevare le Sue condizioni di salute e dati relativi alla prestazione sanitaria ricevuta) potrà essere effettuato solo con il suo consenso, il cui rifiuto può comportare l'impossibilità per la Società di adempiere a quanto richiesto (art. 6.1 lett. a) del Regolamento).

**b) Comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra l'Interessato e il Titolare e avvisi**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per favorire l'eventuale invio di avvisi e comunicazioni tra Lei e Intesa Sanpaolo RBM Salute, sempre nell'ambito dell'esecuzione di eventuali contratti assicurativi. Il conferimento di tali dati (es. indirizzo di posta elettronica o numero di telefono) sarà facoltativo.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

**c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App**

---

<sup>1</sup> Ad esempio, intermediari assicurativi, contraenti di polizze collettive o individuali in cui lei risulti assicurato, eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione previdenziale, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze dell'Ordine e altri soggetti pubblici

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per consentirLe la registrazione all' "Area riservata" del sito internet del Titolare e/o l'accesso direttamente tramite le App per dispositivi mobili (FeelUp e Citrus). Tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite (anche tramite notifiche push, qualora attivate, potranno essere inviate informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, estratti conto dei sinistri).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite Area riservata o App dal suo smartphone nell'ambito dell'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

#### **d) Adempimento agli obblighi di legge connessi all'esecuzione dei contratti assicurativi**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione di contratti assicurativi di cui Lei sia parte, tra cui prescrizioni della normativa antiterrorismo, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi, per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso) oppure, infine, per la verifica della conformità aziendale a leggi e regolamenti nazionali e sovranazionali.

I suoi dati potranno inoltre essere trattati per la gestione di eventuali reclami (ricezione del reclamo, trattazione, registrazione all'interno di apposito Registro, predisposizione della risposta ed invio della stessa).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per adempiere ad obblighi di legge.

#### **e) Estensione della polizza assicurativa a favore di altri Assicurati**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati e quelli di suoi familiari verranno trattati al fine estendere la copertura assicurativa a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto.

In tale contesto potrebbe essere richiesto il conferimento di categorie particolari di dati (dati idonei a rivelare lo stato di salute, referti medici, ecc.) relativi a Lei o a Suoi familiari. Tale conferimento è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma i dati forniti potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

#### **f) Sviluppo del Business e gestione del rischio assicurativo della Società**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per sviluppare il Business e gestire il rischio della Società. I suoi dati potranno altresì essere trasmessi all'interno del Gruppo imprenditoriale per finalità amministrative. Inoltre, il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario al fine di:

- gestire eventuali contenziosi;
- perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi, tra cui la verifica dei reclami su base statistica e la registrazione delle telefonate con Lei intercorse.

In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati è effettuato in base al legittimo interesse del Titolare (art. 6.1 lett. f) del Regolamento.

#### **SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI**

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

##### **a) Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.**

##### **b) Soggetti Terzi** (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:

- Previmedical S.p.A.;
- Società di mutuo soccorso;
- Compagnie di assicurazione e Broker;
- Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
- Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
- Fondi o casse sanitarie;
- Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
- Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;
- Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/ organizzativa);
- Istituti bancari

##### **c) Autorità** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc. Agenzia delle



Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

Il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati, e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento ex art. 28 del Regolamento.

## **SEZIONE 5 - TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE FUORI DALL'UNIONE EUROPEA**

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

## **SEZIONE 6 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I Suoi Dati Personali sono conservati, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui lei è parte; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo. I Dati Personali potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

## **SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo email [privacy@intesanpaolorbmsalute.com](mailto:privacy@intesanpaolorbmsalute.com).

Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa.

Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese dalla Società, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, la Società potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

### **1. Diritto di accesso**

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc.

Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento. Se richiesto, la Società Le potrà fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

### **2. Diritto di rettifica**

Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

### **3. Diritto di cancellazione**

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali, se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.

La informiamo che la Società non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

### **4. Diritto di limitazione di trattamento**

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento.

#### **5. Diritto alla portabilità dei dati**

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà:

- richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet);
- trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società.

Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

#### **6. Diritto di opposizione**

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione).

Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

#### **7. Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali**

Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente.

### **SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI**

In relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui dati relativi allo stato di salute e alla prestazione sanitaria ricevuta), utilizzati esclusivamente per l'attività assicurativa e liquidativa che la riguarda (es. lavorazione delle richieste di rimborso dei controlli sanitari effettuati), è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza di consenso.

---

<sup>i</sup> Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021