

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:

RBM Assicurazione Salute - Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.
(riferimento: Fondo Sanitario mètaSalute)
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>Ricovero per intervento chirurgico (Richiesta diaria da convalescenza):</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>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>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>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>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>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>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>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>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>Indennità Trisomia 21:</p> <input type="checkbox"/> Certificazione medica attestante la diagnosi
<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>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>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>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>Logopedia figli minorenni:</p> <input type="checkbox"/> Copia prescrizione medica con indicata la patologia <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>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>Sigillatura denti figli minorenni:</p> <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 analogha 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 dei miei dati relativi alla salute, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondo mètaSalute (*), Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate, come previsto dal paragrafo 2. dell'informativa allegata.

(*) Il fondo mètaSalute tratterà i suoi dati per la finalità di gestione, evasione e monitoraggio delle prestazioni sanitarie erogate dal Fondo con l'ausilio di RBM Assicurazione Salute S.p.A.; l'informativa completa del Fondo è disponibile sul portale www.fondometasalute.it.

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)

Rev. 11/2019

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 - GDPR, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti, riferiti sia a Lei che eventualmente ai Suoi familiari, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il **RBM Assicurazione Salute S.p.A.** (di seguito "RBM" o "la Compagnia"), in qualità di Titolare del trattamento.

1. DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

I dati personali da Lei o per il tramite di altri conferiti alla Compagnia e le eventuali variazioni di tali dati che Lei comunicherà o farà comunicare in futuro alla Compagnia saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate.

I suoi dati personali appartenenti a categorie particolari di cui all'art 9 del GDPR (quali ad esempio dati relativi alla salute), saranno trattati esclusivamente previo Suo consenso esplicito e solo per l'esecuzione del contratto di assicurazione di cui è beneficiario.

2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

La Compagnia intende acquisire o già detiene dati personali, anche idonei a rivelare lo stato di salute (1), che riguardano Lei e/o gli altri Assicurati, al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Con riferimento a tali dati personali, si specifica che:

- alcuni (es. nome, cognome, indirizzo, codice fiscale) dovranno essere necessariamente forniti per dare esecuzione agli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte o a misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (base giuridica: **Esecuzione del contratto**);
- alcuni dovranno essere forniti per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione degli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte (Base giuridica del trattamento: **Obbligo di legge**) (2);
- alcuni potranno essere forniti, anche tramite dispositivi elettronici (smart-IOT), per poter usufruire dei diversi servizi connessi ai contratti assicurativi (base giuridica: **Esecuzione del contratto**);
- alcuni Le verranno richiesti ma il loro rilascio, sempre connesso con la finalità di esecuzione di eventuali contratti assicurativi, sarà facoltativo (es. indirizzo di posta elettronica), per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra Lei ed RBM.

Registrandosi all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricando le nostre App per dispositivi mobili (FeeelUp e **metaSalute**) 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. Il conferimento di questi dati è necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro sito Internet o direttamente tramite le App dal suo smartphone, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente alle App, tramite notifiche push, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, memoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati (i cosiddetti dati sensibili, dati idonei a rivelare le sue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del nostro sito, o tramite l'App utilizzando la fotocamera dello smartphone) per dare corso alle prestazioni previste dalla sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per adempimenti normativi. Il conferimento di questi dati è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma 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.

REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE: Le telefonate al Call Center sono registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio. Lei sarà avvertito, mediante breve messaggio vocale, prima di poter comunicare alcun dato personale, che la chiamata sarà registrata, e che la prosecuzione delle chiamate sottintende il rilascio da parte Sua del consenso al trattamento dei dati personali anche sanitari che verranno forniti all'operatore. 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.

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI E CONSERVAZIONE

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti (3), sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati in Italia, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, in maniera da garantire un adeguato livello di sicurezza, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa.

I dati personali sono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento, e non sono soggetti a diffusione. Saranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

I dati sono trattati in Italia; eventualmente, ove necessario, potranno essere comunicati, per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della Unione Europea, nel rispetto della normativa relativa alla protezione dei dati personali, al **Fondo metaSalute** e ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa (4). Tali soggetti tratteranno i dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in qualità di autonomi Titolari. I dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A. Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR ove ne ricorrano le condizioni, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

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

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

6. TITOLARE DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede in via Forlanini n. 24 - 31022 Loc. Borgo Verde di Preganziol (TV), è il Titolare del trattamento al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR scrivendo a privacy@rbmsalute.it / rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo privacy@rbmsalute.it.

Note

(1) Dati compresi tra quelli che il GDPR all'Art. 9 indica come "categorie particolari di dati personali" (denominati in precedenza "dati sensibili").

(2) Ad esempio per disposizioni dell'IVASS e del Garante Privacy o per adempimenti in materia di accertamenti fiscali.

(3) Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

(4) Si tratta, in particolare, di 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

convenzionati di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la Compagnia 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).