

X

### Mod. R01/18

Domanda di rimborso per spese sanitarie (nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

**PER PERSONALE IN SERVIZIO O ESODATO E PER PERSONALE IN QUIESCENZA**

Attenzione: leggere l'informatica relativa al Regolamento UE 2016/679 sul retro ed apporre la firma per consenso al trattamento dei dati personali e sensibili. In assenza del consenso, la richiesta non potrà essere presa in considerazione.

Il presente modulo, unitamente alle copie della documentazione, dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo:

**PREVIMEDICAL presso CSU – BOLOGNA (posta interna)**

*oppure*

**UFFICIO LIQUIDAZIONI UNI.C.A.- PREVIMEDICAL, CASELLA POSTALE 142**

**31021 Mogliano Veneto (TV)**

<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a chiede il <b>RIMBORSO</b>	<input type="checkbox"/> Il/la sottoscritto/a invia <b>INTEGRAZIONE</b>
---	---

#### PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA PRESCELTO

##### PERSONALE IN SERVIZIO O ESODATO

Nuova Plus       Extra  
 Extra 4     Extra 5     Extra 6     Extra 7/8

##### PERSONALE IN QUIESCENZA

Base p     Base+ p     Standard p     Plus p  
 Extra p     Extra MDC p     Over 85

#### PIANO INTEGRATIVO TUTTOSALUTE!Uni.C.A. (riservato ai soli Dipendenti)

<input type="checkbox"/> LTC	<input type="checkbox"/> MEDICINALI	<input type="checkbox"/> LENTI	<input type="checkbox"/> MEDICINA ALTERNATIVA	<input type="checkbox"/> MEDICINA ESTETICA
<input type="checkbox"/> SCOP_FRANCH/250	<input type="checkbox"/> SCOP_FRANCH/500	<input type="checkbox"/> SCOP_FRANCH/750	<input type="checkbox"/> SCOP_FRANCH/1000	

#### DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ N. Matricola \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ Cell\* \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

\* Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms. Il servizio è GRATUITO.

#### DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Sesso  M  F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

#### PRESTAZIONI PER LE QUALI SI RICHIEDE IL RIMBORSO

RICOV. CON INTERVENTO  
 RICOV. SENZA INTERVENTO  
 DAY HOSPITAL CON INTERVENTO  
 DAY HOSPITAL SENZA INTERVENTO (medico, riabilitativo post chirurgico, lungo degenza)  
 INTERVENTO AMBULATORIALE

LTC (SOLO FAMILIARI)  
 FARMACI  
 TICKET MEDICINALI  
 OCCHIALI (LENTI E MONTATURA)

PRESTAZIONI EXTRA RICOVERO  
 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO  
 CURE DENTARIE (OPZIONE ACCESSORIA)  
 PRESTAZIONI ACCESSORIE  
 VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE  
 CONSULTO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA

INTERVENTI DI PICCOLA CHIRURGIA AMBULATORIALE AVENTI FINALITÀ ESTETICHE (VEDI ELENCO POLIZZA)  
 SCOPERTI E FRANCHIGIE PIANI BASE  
 AGOPUNTURA, OSTEOPATIA E CHIROPRACTICA

**Si allegano IN COPIA le seguenti fatture (si consiglia di trattenere copia della presente domanda):**

	N° FATTURA/ RICEVUTA	ENTE EMITTENTE	DATA FATTURA/ RICEVUTA	IMPORTO				
1				,				
2				,				
3				,				
4				,				
5				,				
6				,				
7				,				

### **Totale richiesto:**

\_\_\_\_\_ ,

N° altri documenti allegati IN COPIA (cartelle cliniche, certificati di degenza, altro):

**Ai fini della presente domanda di rimborso il sottoscritto dichiara di non avere effettuato analoga richiesta ad altra forma integrativa del servizio sanitario nazionale.**

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO

NO  SI\*

#### **Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso**

**Intestatario conto corrente:**

**NB l'indicazione delle COORDINATE BANCARIE è obbligatoria in occasione della prima richiesta di rimborso e,**

**successivamente, solo in caso di modifica delle stesse.**

Firma del lavoratore iscritto: \_\_\_\_\_

Firma del familiare: \_\_\_\_\_  
*(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*

**ATTENZIONE: BARRARE LE CASELLE SOLO SE SI E' ISCRITTI AD UNO DEI DUE FONDI INDICATI, ALTRIMENTI NON BARRARE NULLA.**

Barrare la casella solo se si intende autorizzare l'invio del prospetto di liquidazione e dei documenti di spesa per posta prioritaria e sotto la propria responsabilità a: Fo.C.A.S. - Via Quintino Sella, 85 - 36100 VICENZA (VI).

Barrare la casella solo se si intende autorizzare l'invio del prospetto di liquidazione e dei documenti di spesa per posta interna e sotto la propria responsabilità a: FONDO DI SOLIDARIETA' EX CARITRO c/o Agenzia III Novembre - Trento (cod. 5084) - Corso III Novembre, 130 - 38100 TRENTO.

Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 2016/679

ACCONTO 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, UniCredit Cassa Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredito Italiano (di seguito per brevità "Uni.C.A."), 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 2 a. dell'informativa allegata.

Data compilazione:

Firma del lavoratore iscritto:

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 comuni e sensibili per finalità promozionali – Regolamento UE 2016/679**

ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali comuni e sensibili, per finalità promozionali, alla loro comunicazione ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Uni.C.A., 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 2 b. dell'informativa allegata.

Data compilazione: \_\_\_\_\_

Firma del lavoratore iscritto: \_\_\_\_\_

Firma del familiare: \_\_\_\_\_  
*(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") e UniCredit Cassa Assistenza per il Personale del Gruppo UniCredito Italiano (di seguito per brevità "Uni.C.A."), in qualità di Autonomi Titolari del Trattamento, forniscono 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 e Uni.C.A. 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 e Uni.C.A. 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 i Titolari sono soggetti (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 alla Compagnia e Uni.C.A. 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 e Uni.C.A. intendono acquisire o già detengono 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 e Uni.C.A.

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 validità 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 e Uni.C.A. hanno 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:

- 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 e Uni.C.A. si avvalgono (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.

Ove necessario, i Suoi dati potranno essere utilizzati dalle altre società del Gruppo UniCredit.

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 e con Uni.C.A..

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 diventati 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 finalità legate alla gestione di eventuali reclami relativi al 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 gestione reclami relativi ai servizi di Customer Care.

## 8. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO E RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Titolari del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili sono:

- Unicredit Cassa di Assistenza per il personale del Gruppo UniCredito Italiano, Uni.C.A., con sede in via Nizza 150, 10126 – Torino;
- RBM Assicurazione Salute S.p.A.. ([www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it)) V. E. Forlanini 24 Borgo Verde – 31022 Preganziol Treviso (e-mail: [privacy@rbmsalute.it](mailto:privacy@rbmsalute.it)).

Responsabile del trattamento è: Previmedical S.p.A., con sede in via E. Forlanini 24, Località Borgo Verde, CAP 31022 Preganziol (TV); il Responsabile della Protezione dei Dati (RDP-DPO) di Previmedical è contattabile all'indirizzo [privacy@previmedical.it](mailto:privacy@previmedical.it)/[rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it](mailto:rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it), al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RDP-DPO) di Uni.C.A. è contattabile all'indirizzo UniCredit S.p.A. Data Protection Office Piazza Gae Aulenti n. 1, Tower B, 20154 Milano, E-mail: [Group.DPO@unicredit.eu](mailto:Group.DPO@unicredit.eu), PEC: [Group.DPO@pec.unicredit.eu](mailto:Group.DPO@pec.unicredit.eu), al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RDP-DPO) di RBM Assicurazione Salute S.p.A. è contattabile all'indirizzo [privacy@rbmsalute.it](mailto:privacy@rbmsalute.it)/[rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it](mailto: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](http://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-tariffarie.
- 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 consorzi propri del settore assicurativo nei 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.