

DOMANDA DI INDENNITÀ – PROTEZIONE SINDROMI INFLUENZALI DI NATURA PANDEMICA

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica, al seguente indirizzo:

RBM Assicurazione Salute - Ufficio liquidazioni

(riferimento: Fondo Sanitario Metasalute)

Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A

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

in qualità di lavoratore iscritto al Fondo Metasalute¹

in qualità di erede del lavoratore iscritto al Fondo Metasalute, di cui si riportano i dati identificativi:

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

CHIEDE

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

Documentazione richiesta:

1) Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

copia della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)²

2) Indennità post ricovero in terapia intensiva per la cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

copia della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)³

3) Indennità post ricovero in terapia sub intensiva per la cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

copia della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)⁴

4) In caso di morte dell'Assicurato avvenuta durante il ricovero in reparto di terapia intensiva o sub intensiva e prima delle dimissioni:

- copia della cartella clinica completa
- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;

¹ La copertura opera con riferimento ai lavoratori iscritti al Fondo Metasalute residenti in Italia o residenti all'estero ma domiciliati presso l'azienda con sede in Italia e che non prestano la propria attività come volontari della Protezione civile.

² Nel caso in cui la S.D.O. non contenga le informazioni necessarie alla corretta istruttoria del sinistro, RBM Assicurazione Salute S.p.A. richiede all'Assicurato di trasmettere copia della cartella clinica completa.

³ Nel caso in cui la S.D.O. non contenga le informazioni necessarie alla corretta istruttoria del sinistro, RBM Assicurazione Salute S.p.A. richiede all'Assicurato di trasmettere copia della cartella clinica completa.

⁴ Nel caso in cui la S.D.O. non contenga le informazioni necessarie alla corretta istruttoria del sinistro, RBM Assicurazione Salute S.p.A. richiede all'Assicurato di trasmettere copia della cartella clinica completa.

- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare il bonifico per il pagamento dell'indennità.

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 della documentazione allegata.

Informazione obbligatoria⁵

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA SANITARIA PER IL RICHIEDENTE DELL'INDENNIZZO RIMBORSO

NO SI* _____ (INSERIRE, SE CONOSCIUTO, NOME DEL FONDO O DELLA COMPAGNIA DI ASSICURAZIONE)

Coordinate bancarie su cui effettuare il pagamento dell'indennità (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 dell'Assicurato: _____

In caso di richiesta di indennità per decesso dell'Assicurato post ricovero in terapia intensiva o sub intensiva:

Firma dell'erede: _____

**Consenso al trattamento dei dati personali – Regolamento UE 2016/679
(da compilare nel caso in cui sia l'Assicurato a richiedere l'indennizzo)**

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 Metasalute (*), RBM Assicurazione Salute S.p.A., Previmedical 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: _____

Firma dell'Assicurato per Consenso _____

⁵ Ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile

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 quali, ad es. riscontri sulla liquidazione dei sinistri e 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.

Nel caso in cui la richiesta di indennizzo provenga dagli eredi, per ricevere il contributo per spese funerarie, verranno raccolte ulteriori informazioni quali: copia autenticata dell'eventuale testamento, o dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà; fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede; coordinate bancarie (base giuridica: **Esecuzione del contratto**).

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 ricorrono le condizioni, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

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

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (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).