

## DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

**(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)**

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:  
**Fondo metaSalute Piano Sanitario Base - Piano Integrativo -Figli**  
 da compilare e restituire a Fondo metaSalute  
**presso RBM Assicurazione Salute - Ufficio liquidazioni c/o Previmedical S.p.A.**  
 Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

 **II/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO**
 **II/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 "SEGUI 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 indennizzo richiesto quindi la relativa documentazione allegata

#### Documentazione richiesta:

NB: si ricorda che è possibile richiedere il rimborso di prestazioni in strutture sanitarie private o di personale non convenzionato con la Compagnia solo nel caso in cui l'iscritto sia domiciliato o residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate

#### Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico:

Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche

#### Prestazioni pre e post ricovero:

Copia prescrizioni mediche con indicata la patologia presunta o accertata   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

#### Ricovero per intervento chirurgico: richiesta indennità sostitutiva

Copia della cartella clinica completa

#### Ricovero per intervento chirurgico: richiesta indennità da convalescenza

Copia cartella clinica completa

#### Prestazioni di alta specializzazione:

Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

#### Ospedalizzazione domiciliare successiva ricovero con intervento

Copia cartella clinica completa   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

#### Ticket per accertamenti diagnostici:

Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata   
 Copia ticket sanitario

#### Fisioterapia, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio, post intervento, malattia:

Copia prescrizione medica con indicata la patologia   
 Copia del certificato di pronto soccorso (solo se da infortunio)   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

#### Odontoiatriche/ortodonzia:

Copia fatture e/o ricevute fiscali

#### Interventi chirurgici odontoiatrici:

Copia prescrizioni mediche con indicata patologia presunta o accertata   
 Radiografie, referti radiologici, referti istologici (ove richiesti)   
 fotografia digitale post intervento (ove richiesto)   
 In caso di ricovero: copia cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

#### Neonati-ricovero per intervento chirurgico

Copia cartella clinica completa   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Visite specialistiche:**

Copia prescrizioni mediche con indicata la presunta o accertata   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Accertamenti diagnostici:**

Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Terapie:**

Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Sindrome Metabolica:**

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Prevenzione (pacchetto donna-uomo-posturale):**

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Fecondazione Eterologa:**

Copia cartella clinica   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Protesi/ausili medici ortopedici ed acustici:**

( piano sanitario figli)  
 Copia prescrizione mediche con indicata la patologia presunta o accertata   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Lenti e occhiali**

Copia prescrizione oculistica o optometrista attestante variazione visus   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Odontoiatria ( visite, igiene orale, cure, terapie, protesi):**

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Prestazioni diagnostiche particolari ( analisi di laboratorio, elettro**

**Cardiogramma di base e ecotomografica add superiore ( 4/5 organi**  
 Copia prescrizioni mediche con indicata la presunta o accertata patologia   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Protocollo Minori:**

Copia fatture e/o ricevute fiscali

**Prestazioni per il recupero dell'inabilità temporanea al lavoro**

(da malattia/infortunio)  
 Copia cartella clinica e/o certificati medici   
 (referti medici o documentazione medica attestante l'inabilità)

**Cure termali (solo per i figli minorenni):**

Copia prescrizioni mediche con indicata la presunta o accertata   
 Copia fatture e/o ricevute fiscali

Si allega copia delle seguenti fatture:

Numero fattura/ricevuta	Data	Importo	Struttura Sanitaria/Medico

Si dichiara di essere a conoscenza che , ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Assicurazione Salute avrà la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

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

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

INDICARE LA PRESENZA DI ALTRA COPERTURA (ANCHE EROGATA TRAMITE FONDO) PER LO STESSO RISCHIO PER IL RICHIEDENTE IL RIMBORSO  
 NO  SI\* \_\_\_\_\_

**\*SE SI, SPECIFICARE IL NOME DEGLI ALTRI ASSICURATORI O FONDI E RELATIVO N° DI POLIZZA**

**Coordinate bancarie su cui effettuare il rimborso ( da indicare solo 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 – D. Lgs 196/2003**

ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo, Fondo Metàsalute, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Previmedical S.p.A., RBM Assicurazione Salute S.p.A. e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate.

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 (D. LGS. N. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice Privacy), il Fondo **mètaSalute** e la Compagnia **RBM Assicurazione Salute**, in qualità di contitolari 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 dell' art. 23 del Codice Privacy, 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 Codice Privacy, sono comuni, a titolo esemplificativo, i seguenti dati personali, anagrafici ed identificativi: cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; coordinate bancarie; impresa o ex impresa di appartenenza; cognome e nome, grado di parentela, sesso, luogo e data di nascita dei familiari a carico.

Sono invece ritenuti sensibili i dati personali 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 mètaSalute al Fondo e/o alla Compagnia RBM Assicurazione Salute saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate.

### 2. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali da parte di RBM Assicurazione Salute e del Fondo degli iscritti a mètaSalute, sono effettuati:

- in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza e di controllo a cui il Fondo è soggetto (ad es. in materia di accertamenti fiscali, etc.); il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità è obbligatorio ed il relativo trattamento non richiede il Suo consenso.

- per finalità **(1)** attinenti l'esercizio dell'attività assistenziale complementare, assicurativa e liquidativa delle prestazioni sanitarie e/o assistenziali, tramite compagnia di assicurazione, dai soggetti aventi i requisiti statutari previsti e nell'ambito di un sistema di mutualità. 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 nell'iscrizione al Fondo; 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

- per finalità accessorie a quelle del Fondo quali, a titolo esemplificativo, per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche. Il conferimento dei Suoi dati per tali finalità è facoltativo e il loro mancato rilascio non incide sui rapporti in essere. Il conferimento dei dati personali necessari a tale finalità non è obbligatorio ed il loro trattamento richiede il suo consenso.

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni a RBM Assicurazione Salute coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi e/o liquidativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa liquidativa .

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che RBM Assicurazione Salute intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente 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

I dati personali sono trattati nell'ambito della normale attività del Fondo Sanitario per il perseguimento delle finalità statutarie e in particolare 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 idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato dalle strutture di mètaSalute e RBM Assicurazione Salute preposte alla fornitura dei servizi assistenziali e assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di loro fiducia a cui vengano affidati alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa **(2)**.

### 4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Per lo svolgimento di talune attività, il Fondo ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli per l'effettuazione di procedure necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio delle pratiche di rimborso in genere.

I dati personali, possono essere comunicati ai seguenti soggetti:

- RBM Assicurazione Salute, 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 il Fondo si avvale **(3)**

- Istituti bancari che devono effettuare il pagamento degli importi dovuto per le prestazioni;

- Struttura medica alla quale Ella intende rivolgersi;

- Società che gestiscono servizi postali informatizzati;

- consulenti medici, legali e tributari del Fondo e di RBM Assicurazione Salute.

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

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

### 5. DIRITTI DELL'INTERESSATO (4)

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D.Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

## 6. COOKIES

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

## 7. REGISTRAZIONE DELLE TELEFONATE

La informiamo che le telefonate al Call center di Previmedical, service amministrativo di RBM Assicurazione Salute, potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa concernente la suddetta possibilità sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato, che registrerà le chiamate in entrata. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato.

Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato – dipendenti e/o collaboratori del Call center – i quali, in qualità di incaricati del trattamento dati, svolgono il servizio di assistenza tecnica e/o coordinamento dei servizi di Customer Care.

## 8. TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO

Autonomi Titolari del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili sono:

- Fondo mètaSalute ( [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it) ) – V.le Europa n. 55 – 00144 Roma – e-mail: [privacy@fondometasalute.it](mailto:privacy@fondometasalute.it);
- 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) )

che si avvalgono di Responsabili.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento è possibile consultare i siti [www.fondometasalute.it](http://www.fondometasalute.it) e [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, di concerto con la compagnia RBM Assicurazione Salute, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie

2) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

3) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene RBM Assicurazione Salute ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni)

4) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.