

## MODULO DI RICHIESTA NULLA OSTA

### ATTENZIONE

Una volta compilato e sottoscritto, il presente modulo dovrà essere inviato  
All'indirizzo mail [richiestanullaosta@healthassistance.it](mailto:richiestanullaosta@healthassistance.it) oppure a mezzo fax al numero +39 0677607611.

A. DATI IDENTIFICATIVI (*compilazione obbligatoria)	
<b>Nome e Cognome TITOLARE*</b> (titolare della Copertura Sanitaria)	
Data di nascita*	C.F.*
Email	Tel*
<b>Nome e Cognome Beneficiario Prestazioni*</b> (se diverso dal Titolare: es. familiare)	
Luogo e data di nascita*	C.F.*
Tel*	N. Adesione (ove disponibile)
Ente di appartenenza (ove previsto)	

B. DATI RELATIVI ALLE SPESE MEDICHE DI CUI SI RICHIEDE RILASCIO DI NULLA OSTA (compilazione obbligatoria)
<input type="checkbox"/> <b>Disponibile a ricevere il nostro completo supporto nella scelta della migliore struttura/equipe medica per la prestazione richiesta</b>  Selezionare una sola delle seguenti opzioni:  <b>1. SI</b> <input type="checkbox"/>  <b>2. SI</b> <input type="checkbox"/> ferma la scelta della struttura - indicare il nome della struttura sanitaria _____  <b>3. SI</b> <input type="checkbox"/> ferma la scelta del medico - indicare il nome e cognome del medico _____ e se possibile in quale/i struttura/e sanitaria/e esercita _____
<input type="checkbox"/> <b>Non disponibile a ricevere il nostro completo supporto nella scelta della migliore struttura/equipe medica per la prestazione richiesta</b>  specificare di seguito la scelta effettuata:  indicare struttura sanitaria scelta _____  indicare il nome e cognome del medico (1° operatore scelto) _____

Patologia/Diagnosi ( <b>come da certificato medico allegato</b> ):
Tipo di ricovero (specificare con/senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interv. Amb):
Intervento chirurgico cui sottoporsi:
<b>Indicare un arco temporale per effettuare la prestazione (non inferiore a 10 gg lavorativi):</b>
Note:

**Con la sottoscrizione del presente Modulo, l'Assistito Beneficiario:**

- **Dichiara** di essere consapevole che ogni proposta avanzata da Health Assistance è atta a fornire la migliore Assistenza in caso di prestazioni da fruirsi presso Struttura Privata,
- **Dichiara di essere consapevole che la richiesta di nulla osta verrà valutata** da Health Assistance ed il Suo rilascio rimane a insindacabile giudizio di quest'ultima presa in visione la documentazione allegata in modo completo e presentata nei tempi previsti (si veda Sussidio sottoscritto e la Guida Operativa);
- **Dichiara di essere consapevole che l'eventuale autorizzazione** costituisce mero nulla osta all'attivazione del servizio in forma diretta e indiretta; in nessun caso il rilascio di nulla osta dovrà considerarsi quale impegno e garanzia alla successiva liquidazione che avverrà solo a seguito della conclusione delle valutazioni documentali e quindi, solo successivamente alla ricezione della documentazione completa inviata a Health Assistance da parte della Struttura Sanitaria e/o dal Socio; l'Assistito si intende obbligato in solido per tutte le prestazioni non rimborsabili/escluse sulla base del Sussidio sottoscritto, quote di spesa a suo carico eventualmente non emerse/indicate in fase di autorizzazione ma comunque previste dal Sussidio sottoscritto che si prega di visionare;
- **Si impegna** in solido a corrispondere alle Strutture Sanitarie/Professionisti che erogheranno le prestazioni, ogni eventuale somma che rimanga a Suo carico (quote di spesa previste dalla Copertura Sanitaria, somme eccedenti il Massimale residuo, costi per prestazioni non previste dalla Copertura o, comunque, non espressamente autorizzate);
- **Si impegna** inoltre a corrispondere gli eventuali ed ulteriori importi dovuti alla Struttura Sanitaria/Professionista, qualora, dalla successiva documentazione medica e dalle fatture, risultassero prestazioni non coperte dalla Copertura Sanitaria o non congruenti con la patologia indicata su questo modulo e non oggetto di espressa autorizzazione.
- **Autorizza** la Centrale Salute ad agire presso l'Ente Erogatore (MUTUA BASIS ASSISTANCE) per il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie autorizzate, rinunciando a qualsiasi ulteriore richiesta di indennizzo;
- **Dichiara**, infine, sotto la Sua personale responsabilità, che la documentazione prodotta è veritiera.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

FIRMA DELL'ASSISTITO BENEFICIARIO DELLA PRESTAZIONE (o di chi ne fa le veci) \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) e CONSENSO DELL'INTERESSATO**

Gentile Interessato,

di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare a Sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

**Titolare del Trattamento**

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è la Mutua MBA Società di Mutuo Soccorso Società Cooperativa per Azioni (di seguito anche "MUTUA MBA"), via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 06.90198060; PEC [mbamutua@legalmail.it](mailto:mbamutua@legalmail.it). Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer ("DPO")** contattabile ai seguenti recapiti: [dpo@mbamutua.it](mailto:dpo@mbamutua.it).

**Responsabile del Trattamento**

La Health Assistance Società Cooperativa per Azioni, con sede in Via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 069019801; PEC [healthassistance@legalmail.it](mailto:healthassistance@legalmail.it) è stata nominata Responsabile del Trattamento per tutte le attività connesse alla sua attività di service provider ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer ("DPO")** contattabile ai seguenti recapiti: [dpo@healthassistance.it](mailto:dpo@healthassistance.it).

**Dati trattati, finalità, base giuridica e tempo di conservazione:**

<b>Finalità</b>	<b>Dati trattati</b>	<b>Base Giuridica</b>	<b>Tempo di conservazione</b>
<p><b>Anagrafica e gestione soci</b> Gestione della domanda di ammissione a socio e dei diritti, degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Applicativo di MUTUA MBA; raccolta documentazione in modalità cartacea, o mediante sottoscrizione tramite tablet oppure attraverso la registrazione nell'area riservata MBA; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/Fax o internet (sms; mms; e-mail).</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Coordinate bancarie; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.) e dati sanitari (anamnesi medica)</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso; (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); adempimento di obblighi di legge (art. 6, par. 1 lett c) GDPR); consenso dell'interessato ( art. 9 par. 2 lett. a GDPR )</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p><b>Prestazione di sussidi sanitari</b> Valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dall'Associato, come previsto dal Piano Sanitario prescelto (prestazioni sanitarie in forma <b>indiretta</b>)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale. Coordinate bancarie e dati sanitari</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); consenso dell'interessato ( art. 9 par. 2 lett. a GDPR )</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p><b>Erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta</b> Autorizzazione mediante l'accesso alla Rete Convenzionata messa a disposizione da MUTUA MBA anche per il tramite del proprio Service Provider (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'Associato o la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/fax o internet (sms; mms; e-mail).</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; carte sanitarie; stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso; dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); Coordinate bancarie.</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR )</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

Health Assistance S.C.p.A.

c/o Palasalute - Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM)

C.F. 12989581009 - [www.healthassistance.it](http://www.healthassistance.it)

Mod 08.5 – GM Mba Mod. Richiesta NULLA OSTA Rev. 1 del 15\_09\_2022 – Mod. CK3.2 Privacy Rev 1 del 22/09/2021

<p><b>Attività di informazione istituzionale e promozione della mutualità</b> l'invio di materiale informativo dell'attività svolta da MUTUA MBA e di enti convenzionati, anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail): invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, comunicazione di tutte le iniziative finalizzate a migliorare la vita dei soci ed i loro familiari socialmente, culturalmente e fisicamente, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato.</p>	<p>Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR)</p>	<p>Fino alla conclusione del rapporto associativo</p>
<p><b>Apposizione firma elettronica avanzata</b> i cui dati personali connessi a caratteristiche biometriche comportamentali vengono acquisiti tramite speciali tavolette grafometriche (tablet), in grado di elaborare una serie di parametri dinamici quali la scansione temporale di posizione, la velocità e la pressione della penna, l'accelerazione, i salti in volo. Tali dati sono trattati dal titolare del trattamento ai fini della sottoscrizione di documenti informatici secondo quanto stabilito dal CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale - D.lgs 82/2005)</p>	<p>- nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale;  - dati biometrici;</p>	<p>Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR )</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

**Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati:**

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, MUTUA MBA potrà comunicare i suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- Organismi sanitari, personale medico e paramedico. (ad es. Istituti Tesorieri e loro incaricati per le sole operazioni relative ad invio degli assegni o accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio di autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta);
- Società e imprese, Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata, corrieri. (ad es. per attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, ANSI; Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolitografie, Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo della MUTUA MBA o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici), al service provider per la finalità di Prestazione di sussidi sanitari e per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma diretta; enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte (a titolo esemplificativo e non esaustivo la Centrale Salute);
- a soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme;

Health Assistance S.C.p.A.

c/o Palasalute - Via di Santa Comelia, 9 - 00060 Formello (RM)

C.F. 12989581009 - [www.healthassistance.it](http://www.healthassistance.it)

Mod 08.5 – GM Mba Mod. Richiesta NULLA OSTA Rev. 1 del 15\_09\_2022 – Mod. CK3.2 Privacy Rev 1 del 22/09/2021

- soggetti autorizzati direttamente dall'interessato mediante delega/autorizzazione.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede MUTUA MBA ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo [privacy@mbamutua.it](mailto:privacy@mbamutua.it).

#### **Modalità di trattamento**

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico ed anche cartaceo. Nell'ambito dei trattamenti, possono essere previste modalità di organizzazione, di raffronto o di elaborazione dei dati personali per essere eventualmente indirizzati ai destinatari sopra menzionati. Inoltre ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione e nella gestione amministrativa del Titolare del trattamento, sarà impegnato al rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché ad osservare le stesse regole di segretezza alle quali è sottoposto il personale sanitario (medico, infermieristico, ecc.).

I dati acquisiti per le finalità sopra indicate sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente e gli stessi essendo raccolti per finalità determinate, non potranno successivamente essere trattati in modo che sia incompatibile con tali finalità.

In riferimento alle "categorie particolari" di dati personali (dati relativi alla salute, dati relativi all'origine razziale ed etnica ecc ...), precisiamo che il conferimento di alcuni di essi è necessario per dar seguito alle richieste dell'Interessato e per eseguire le prestazioni contrattuali, pertanto il mancato conferimento dei suddetti dati potrebbe determinare l'impossibilità per MUTUA MBA di adempiere le proprie prestazioni.

#### **Trasferimento dei dati personali verso Paesi non appartenenti alla Unione europea.**

La informiamo che i Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento in paesi extra UE.

#### **I suoi diritti**

Ai sensi degli artt. da 15 a 22 del Regolamento, La informiamo che ha il diritto:

- di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, l'integrazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;
- di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante della Privacy) laddove ritenga che i Suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo, raggiungibile al sito Web [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it);
- di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei suoi dati personali (Diritto di opposizione) effettuato per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare, sempre che non sussistano motivi legittimi per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- l'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma e Le verrà fornito riscontro entro 30 giorni in forma scritta (salvo Sua specifica richiesta di riscontro orale);

Per esercitare tali diritti lei potrà rivolgersi alla MUTUA MBA, con sede in Via di Santa Comelia, 9 - 00060 Formello (RM), IT – raggiungibile anche all'indirizzo [privacy@mbamutua.it](mailto:privacy@mbamutua.it).

#### **Conferma di lettura dell'informativa privacy e consenso al trattamento dei dati personali:**

Io sottoscritto, \_\_\_\_\_

o dichiaro di aver preso visione dell'Informativa (ex art. 13 GDPR) e di averne compreso il contenuto.

o acconsento al trattamento dei dati personali di natura particolare (a titolo esemplificativo dati relativi alla salute, dati sull'origine razziale ed etnica) per la finalità di autorizzazione alla erogazione di prestazioni sanitarie, di sussidi per spese sanitarie, di contributi economici e servizi di assistenza.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma del richiedente \_\_\_\_\_