**MODULO DI RICHIESTA DI RIMBORSO - SPESE MEDICHE**

Da inviare compilato e sottoscritto:

mezzo posta/a mano: Società Artigiana di Mutuo Soccorso di Bologna – Via Malcontenti 9 – 40121 Bologna

oppure: a mezzo mail [sms.artigiana@libero.it](mailto:sms.artigiana@libero.it)

**DATI IDENTIFICATIVI (compilazione obbligatoria)**

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

**Residenza: Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Città \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Luogo di Nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, data di nascita\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Codice Fiscale**

**Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Titolare piano base (EUR 50,00) Titolare piano integrativo (EUR 100,00)**

**A. DATI RELATIVI ALLE SPESE MEDICHE DI CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO**

Il Titolare, avendo preso visione delle norme che regolamentano il Programma di Rimborso spese mediche per l’anno 2019, con il presente documento fa richiesta di rimborso delle seguenti fatture:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Struttura/Professionista** | **Tipo prestazione** | **N° Fattura** | **Data Fattura** | **Importo** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Allegare copia dei documenti di spesa sopra indicati e delle relative prescrizioni: **n° documenti allegati** \_\_\_\_.

**Dati bancari del Titolare per il Rimborso**

Ai fini fiscali il sottoscritto dichiara che non richiederà il rimborso delle suddette spese ad altri enti assistenziali/assicurativi per le quote già rimborsate. La Società si riserva di richiedere l’esibizione dell’originale in caso di necessità amministrativa.

**IBAN (utilizzabile solo quello intestato al Socio che fa richiesta di rimborso)**

**Intestato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Banca \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**B. Informazioni Importanti per la presentazione delle richieste di rimborso**

1. Compilare in modo chiaro un modulo per ogni socio. Si ricorda che il rimborso spetta solo ed esclusivamente ai Soci in regola con il versamento del contributo associativo.
2. Inviare la richiesta alternativamente o a mezzo posta o a mezzo e-mail o a mano presso gli uffici.
3. Allegare la prescrizione medica ove prevista per la patologia di spesa e copia delle fatture. Fermo quanto sopra, la Società Artigiana di Mutuo Soccorso di Bologna si riserva di chiedere ulteriore documentazione nel caso la stessa si rendesse necessaria ai fini della valutazione delle richieste di rimborso.
4. Il rimborso avverrà sempre sulle coordinate bancarie del Titolare.
5. Le rammentiamo che appartenere ad una società di mutuo soccorso consente la migliore tutela sanitaria possibile costituendo al tempo stesso una scelta di valori: in quanto tale, richiama tutti ad un comportamento mutualistico e responsabile. I nostri uffici sono a Sua disposizione per eventuali chiarimenti.
6. Le richieste di rimborso possono essere presentate solo nei mesi di **Luglio** (per le spese sostenute nel primo semestre) ed entro il **10 Dicembre** (per le spese sostenute nel secondo semestre).
7. Avere firmato il modulo per la privacy.

**Bologna lì: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma del titolare**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mod. 2 – Rev. 02 del 12.05.2020**

**Informativa Privacy a favore dell’Assistito Beneficiario**

(ai sensi dell’art. 13 D.LGS. N. 196 del 30/06/2003 per il Trattamento dei dati personali)

Ai sensi dell’articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 in materia di protezione dei dati personali (“Codice della Privacy”), La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti, in qualità di “Interessato” del trattamento, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità, trasparenza secondo quanto previsto dall’art. 11 del Codice, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

Pertanto, conformemente a quanto previsto dall’art. 13 del d.lgs.196/03, Le forniamo le seguenti informazioni:

**1. Natura dei dati trattati**

Oltre ai Suoi dati identificativi anagrafici e fiscali, definiti dalla legge “dati comuni”, per una corretta erogazione dei servizi richiesti abbiamo la necessità di trattare taluni dati definiti dalla legge “dati sensibili”. In particolare si tratta dei dati dai quali si ricavano informazioni sullo stato di salute (informazione sanitarie e/o genetiche), nei limiti in cui il trattamento di tali informazioni ci è necessario per ottemperare all’erogazione dei servizi da Lei richiesti e agli obblighi previsti dalla legge.

**2. Finalità del trattamento:**

a) istituzionali e gestionali, connesse e strumentali alla richiesta di prestazioni a Suo favore extra ricovero da parte del Medico curante o Specialista (es. visite, accertamenti. terapie, etc.); utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; e-mail);

b) per ogni altro adempimento di legge di regolamento e della normativa comunitaria.

**3. Modalità del trattamento**

In relazione alle summenzionate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nonché la piena osservanza della Legge. L’archiviazione dei dati può avvenire anche all’estero, in Paesi appartenenti all’Unione Europea, qualora ciò sia funzionale alle procedure di gestione ed in esecuzione alle finalità indicate. La presente informativa è resa per i dati forniti direttamente dall’interessato, o raccolti presso terzi. Per i dati di natura sensibile (idonei a rilevare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste all’Autorizzazione Generale del Garante.

**4. Obbligo o facoltà di conferire i dati**

Pur essendo per Lei facoltativo fornirci i Suoi dati personali, La informiamo che in loro mancanza, sarà impossibile per la nostra Società adempiere all’erogazione dei servizi da Lei richiesti, pertanto il loro mancato conferimento e la manifestazione del consenso da parte Sua, comporterà, di fatto, l’impossibilità al perseguimento delle finalità sopra descritte.

**5. Comunicazione e diffusione dei dati**

I Suoi dati personali non saranno “diffusi”, cioè non saranno messi a conoscenza di soggetti indeterminati; invece, tali dati saranno da noi “comunicati”, cioè saranno messi a conoscenza di uno o più soggetti determinati, come appresso specificato:

- dipendenti e collaboratori in qualità di “responsabili” o “incaricati” del trattamento dei dati personali che siano coinvolti dalla Società Artigiana di Mutuo Soccorso di Bologna nell’erogazione dei servizi riferiti alle finalità sopra menzionate o connesse alle finalità indicate; i dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati e ai responsabili del trattamento, anche esterni, debitamente nominati da parte di Società Artigiana di Mutuo Soccorso di Bologna;

- Istituti di credito per le sole operazioni relative all’accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti per le prestazioni sanitarie in forma indiretta;

- i dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistiche;

- 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.

**6. Durata del trattamento**

I dati personali da Lei conferiti verranno trattati per il tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità sopra descritte ed anche successivamente per l’espletamento di obblighi previsti dalla legge.

**7. Diritti dell’Interessato**

In ogni momento, ai sensi dell’art. 7 D.Lgs. 196/2003, è Suo diritto:

- ottenere la conferma dell’esistenza di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché, delle finalità e delle modalità del trattamento e della logica applicata in caso di trattamento con strumenti elettronici;

- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e trattati

- avere conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i suoi dati sono comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di “responsabili” o “incaricati;

I diritti di cui all'articolo 7 sono esercitati con richiesta rivolta al Titolare o al Responsabile del trattamento dei dati personali.

**8. Il titolare del trattamento**

Per esercitare i Suoi diritti si può rivolgere a Società Artigiana DI Mutuo Soccorso di Bologna, in persona del legale rappresentante pro-tempore, - con sede legale in Via Malcontenti n. 9, CAP 40121 – Bologna (BO).

Con la sottoscrizione della presente Informativa il richiedente dichiara di aver preso visione dell’informativa privacy, in particolare con riguardo alle finalità, modalità e comunicazione del trattamento dei dati personali e pertanto:

Il sottoscritto consente il trattamento dei dati personali secondo le Finalità di tipo 2.a) e 2.b) SI ☐ NO ☐

**Luogo e data Firma del titolare**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**