



**MODALITÀ COMPILAZIONE**

Il modulo deve essere inviato insieme a:

- **Verbale di accertamento** della condizione di non autosufficienza rilasciato dall'Unità Operativa Medicina Legale
- Documento comprovante il rilascio **dell'indennità di accompagnamento**/attestazione del pagamento dell'indennità di accompagnamento da parte da APAPI (Agenzia provinciale per l'assistenza e la previdenza integrativa)

Se la richiesta è compilata da persona diversa dall'iscritto/a allegare copia della carta di identità dell'iscritto/a Sanifonds e del richiedente

**DATI PER L'ISTRUTTORIA**

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

chiede di accedere alla copertura della Non Autosufficienza

In qualità di iscritto/a a Sanifonds

*Oppure se il richiedente non è l'iscritto/a in qualità di*

genitore o persona titolare della potestà genitoriale o persona affidataria del/la beneficiario/a

tutore/curatore del/la beneficiario/a se questi è interdetto/inabilitato ovvero amministratore di sostegno o procuratore

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_

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

## Richiesta di accesso alla garanzia

L'iscritto/a può optare alternativamente per le garanzie A.13.1 e A.13.2.

Qualora l'iscritto/a nel periodo di richiesta si sia trovato in entrambe le situazioni (assistito a domicilio e successivamente in RSA, o viceversa) può barrare entrambe le garanzie specificando il periodo di permanenza in ciascun luogo.

**Garanzia A.13.1 Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti assistiti a domicilio**

**A.13.1.1 Copertura base**

Data di inizio \_\_\_\_\_ Data di eventuale trasferimento in RSA \_\_\_\_\_

**A.11.1.2 Copertura plus** (attivabile solo per gli iscritti già aderenti alla copertura base)

	Somma degli importi delle fatture	Numero di documenti di spesa allegati
Spese sociosanitarie		
Spese per adeguamento domestico		
Spese di consulenza		
Totale		

**Garanzia A.11.2 - Prestazioni rivolte ad iscritti non autosufficienti ricoverati in RSA**

Ragione sociale RSA \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Data di inizio \_\_\_\_\_ Data di eventuale trasferimento in RSA \_\_\_\_\_

### Dichiarazione di responsabilità

Il Sottoscritto, consapevole e cosciente delle conseguenze in caso di dichiarazioni false e mendaci (art. 11, comma 2, DPR n. 403/98), nonché delle sanzioni previste dal Codice penale e dalle leggi speciali in materia (art. 76, comma 4, DPR n. 445/2000), dichiara sotto la propria responsabilità:

- che tutto il materiale presentato in fotocopia o con altro mezzo di riproduzione degli originali ai fini del rimborso per le prestazioni medico sanitarie usufruite, corrisponde al vero e riproduce esattamente e fedelmente i documenti originali;

- che tutta la documentazione prodotta riguarda esclusivamente prestazioni sanitarie effettuate ed erogate solo ed esclusivamente a al beneficiario della copertura;
- di prendere atto che i documenti non saranno restituiti;
- di essere informato che Sanifonds non svolge attività di consulenza fiscale e che quindi il medesimo resta responsabile personalmente delle dichiarazioni rese in proprio ai fini di sgravio fiscale all'Agenzia delle Entrate (DPR n. 917/86);
- di accettare che Sanifonds possa richiedere la presentazione della documentazione in originale, con garanzia di restituzione, dopo i dovuti controlli.

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del beneficiario

\_\_\_\_\_

*Se la domanda è stata compilata da persona diversa dall'iscritto/a poiché questo/a si trova in una situazione di impedimento legata a ragioni connesse allo stato di salute*

Luogo e data

\_\_\_\_\_

Firma del richiedente

\_\_\_\_\_

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo 2016/679 (General Data Protection Regulation – GDPR), **Sanifonds Trentino** in qualità di Titolare del trattamento, informa che tratterà i Suoi dati personali nel rispetto della normativa sopra richiamata. In relazione ai suddetti trattamenti fornisce inoltre le seguenti informazioni.

**1. Qual è il ruolo di Sanifonds Trentino nel trattamento dei dati personali (Titolare del trattamento dei dati)**

1.1 Sanifonds Trentino è il Titolare del Trattamento dei dati personali e ne determina le finalità e i mezzi assicurando che il trattamento risponda ai principi di liceità, correttezza e trasparenza enunciati all'art. 5 GDPR.

1.2 Di seguito, si elencano le informazioni di contatto del Titolare:

a) sede legale: via Degasperi, n. 77 – 38123 Trento; b) telefono: +39 0461 1780252 c) e-mail: affarigenerali@sanifonds.tn.it; d) PEC: sanifondstrentino@pec.trovarti.it; e) C.F.: 02301630220.

**2. Responsabile della protezione dei dati (DPO)**

2.1 Il Titolare del trattamento ha nominato Sicurdata S.r.l. (via E. Codignola, 10/A - 50018 Scandicci [FI]) come Responsabile della protezione dei dati nella figura di Agostino Oliveri.

2.2 Informazioni di contatto: a) P. Iva: 06387650481 b) telefono: 055750808 c) e-mail: dpo.sicurdata@opendata.it d) PEC: sicurdatasrl@pec.pec-opendata.com

**3. Quali dati Sanifonds Trentino Le richiede (Oggetto del trattamento)**

3.1 Oggetto del trattamento saranno i Suoi dati personali: a) anagrafici (nome, cognome, data e luogo di nascita, sesso, codice fiscale); b) recapiti (telefono, indirizzo e-mail); c) dati contabili e/o di pagamento; 3.2 Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "appartenenti a categorie particolari – art. 9 GDPR" in quanto idonei a rivelare lo stato di salute ai sensi dell'art. 4.15.

**4. Perché Sanifonds Trentino richiede i Suoi dati personali (Finalità), quali sono i presupposti che autorizzano Sanifonds Trentino a trattarli (Base giuridica del trattamento) e la natura del conferimento**

**4.1 Finalità:** a) iscrizione al Fondo e gestione dei diritti, degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualità di assistito, a norma di legge, di statuto, di regolamento e delle norme attuative dei piani sanitari; b) amministrazione della copertura sanitaria; gestione di eventuali contenziosi (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie); c) procedere al riconoscimento e alla liquidazione di rimborsi e sussidi per spese sanitarie sostenute; autorizzazione di prestazioni sanitarie in forma diretta presso centri sanitari convenzionati (per il tramite dell'acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti); d) invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività di Sanifonds Trentino e di organismi convenzionati (es. newsletter, documento di riconoscimento, inviti a manifestazioni, ecc.).

4.2 Le basi giuridiche che legittimano il trattamento sono: esplicito consenso ai sensi dell'art. 9.2, lett. a) GDPR; art. 9.2, lett. f) GDPR in quanto il trattamento è necessario per accertare o difendere un diritto in sede giudiziaria; esplicito consenso ai sensi dell'art. 6.1, lett. a) GDPR per ricevere materiale informativo, pubblicitario e promozionale. Il consenso potrà essere in ogni momento revocato ai sensi dell'art. 7 GDPR. La revoca non pregiudica la liceità del trattamento basato sul consenso prima della revoca stessa. Si potrà revocare il consenso inviando una e-mail all'indirizzo del Titolare e/o del DPO.

4.3 La natura del conferimento è facoltativa ma necessaria per dar seguito alla richiesta/pratica; per ricevere materiale informativo è facoltativa mentre per la gestione di eventuali contenziosi è obbligatoria.

**5. A chi Sanifonds Trentino potrebbe comunicare i Suoi dati (Eventuali destinatari dei dati)**

5.1 I suoi dati personali potranno essere comunicati a:

- il/gli istituto/i bancario/i preposto/i da Sanifonds Trentino alla riscossione dei contributi e al pagamento dei rimborsi;
- le/gli società/enti che gestiscono su incarico Sanifonds Trentino servizi professionali quali la gestione delle richieste di rimborso, l'invio informatizzato di comunicazioni agli iscritti e le analisi tecnico attuariali necessarie alla formulazione di Piani sanitari;
- l'Agenzia delle Entrate a cui Sanifonds Trentino deve trasmettere i dati relativi alle spese sanitarie rimborsate ai sensi dell'art. 78, comma 25-bis, della legge 30 dicembre 1991, n. 413.
- la/le società di assicurazione e broker assicurativi incaricati da Sanifonds Trentino per la prestazione di servizi assicurativi;
- le strutture convenzionate incaricate da Sanifonds Trentino per l'erogazione di prestazioni sanitarie.

5.2 L'elenco completo dei responsabili del trattamento è disponibile inviando una richiesta scritta al titolare all'indirizzo mail sopra riportato.

**6. Trasferimento dei Suoi dati personali**

6.1 I Suoi dati non verranno trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione europea.

6.2 Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà la facoltà di spostare l'ubicazione dei server in Italia e/o Unione europea e/o Paesi extra-Ue. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-Ue avverrà in conformità alle disposizioni vigenti di legge.

**7. Per quanto tempo saranno conservati i Suoi dati (Periodo di conservazione)**

7.1 I dati personali saranno trattati dal Titolare del trattamento limitatamente a quanto necessario per il perseguimento della finalità di cui alla presente informativa. In particolare, i dati personali saranno trattati per un periodo di tempo pari al minimo necessario, come indicato dal Considerando 39 del Regolamento UE 2016/679, fatto salvo un ulteriore periodo di conservazione che potrà essere imposto da norme di legge, come anche previsto dal Considerando 65 del Regolamento UE 2016/67.

**8. Quali sono i Suoi diritti come interessato del trattamento (Elenco dei diritti dell'interessato), reclamo e ricorso giurisdizionale e come esercitarli**

8.1 Relativamente ai dati medesimi Lei potrà esercitare i diritti previsti dagli artt. da 15 a 21 GDPR, il diritto di reclamo ai sensi dell'art. 77 GDPR e il ricorso giurisdizionale ai sensi degli artt. 78 e 79 GDPR. Inoltre, Lei potrà esercitare il diritto alla revoca del consenso ai sensi dell'art. 7 GDPR.

8.2 Qualora desideri esercitare i diritti riconosciuti dalla legge, Lei potrà rivolgersi al Titolare ai punti di contatto indicati dalla presente informativa al punto 1.

**9. Ulteriori informazioni**

9.1 Il Titolare del trattamento resta a disposizione per qualsiasi necessità di chiarimento e, qualora il trattamento dovesse essere modificato rispetto a quello descritto nel presente documento, il Titolare fornirà un'apposita informativa aggiornata.

*(Se la domanda è stata compilata da persona diversa dall'iscritto/a poiché questo/a si trova in una situazione di impedimento legata a ragioni connesse allo stato di salute inserire dati del richiedente)*

CONFERIMENTO CONSENSO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  acconsente  non acconsente al trattamento dei dati personali (quindi inclusi anche dati sanitari)

Data, luogo

Firma

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_