

**ENBIMS**  
**MODELLO DI RICHIESTA PER ASSISTENZA**  
**TELECONSULTO**

(i campi contrassegnati con \* sono obbligatori)

**DATI DEL TITOLARE DELLA COPERTURA SANITARIA**

*Cognome		*Nome			Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita	Nazionalità	*Codice Fiscale		
*Indirizzo di residenza		*C.A.P.	*Località/Frazione		*Prov.	*C.A.P.
*Telefono	*Cellulare	*E-mail				
*Dipendente dell'Azienda			*Con sede in	*Via	*C.A.P.	

**Dati del BENEFICIARIO (chi usufruisce delle prestazioni se diverso dal Titolare)**

*Cognome		*Nome			Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita	Nazionalità	*Codice Fiscale		
*Indirizzo di residenza		*C.A.P.	*Località/Frazione		*Prov.	*C.A.P.
*Telefono	*Cellulare					

TELECONSULTO MEDICO

VIDEOCONSULTO MEDICO

**Avvertenze:**

\*\*\* Si invita ad un'attenta lettura dei regolamenti relativi alle prestazioni straordinarie per cui si presenta richiesta;  
(Regolamenti su [www.enbims.it](http://www.enbims.it) / Fondo salute / Prestazioni straordinarie).

**Le domande incomplete, illeggibili o errate non saranno prese in esame, pena la perdita di priorità nelle graduatorie.**

Il presente modello compilato e firmato e l'ulteriore documentazione dovranno essere inviati esclusivamente all'indirizzo e-mail: [PRESTAZIONISTRAORDINARIE@ENBIMS.IT](mailto:PRESTAZIONISTRAORDINARIE@ENBIMS.IT).

**Luogo e Data** \_\_\_\_\_

**Firma leggibile del Richiedente** \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Interessato,

di seguito Le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla 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 dati responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali è **Health Point S.p.A.** con sede in Via di S. Cornelia 9, 00060 Formello (Roma), C.F. e P.IVA 14439951006, pec [healthpoint@legalmail.it](mailto:healthpoint@legalmail.it)

### Responsabile della protezione dei dati personali

Il DPO, nominato dal Titolare, è contattabile ai seguenti contatti e recapiti: [dpo@healthpointitalia.com](mailto:dpo@healthpointitalia.com)

### Dati trattati, finalità e base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
Gestione della clientela	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Coordinate bancarie; dati di contatto (numero di telefono; email; ecc.)	necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso (art.6 par. 1 lett. b) GDPR 2016/679)
Diagnosi, cura e terapia pazienti	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; convinzioni religiose; carte sanitarie; stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso; abitudini di vita e di consumo; dati di contatto (numero di telefono; email; ecc.)	consenso dell'interessato (art. 6 par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)
Promozione della salute e del benessere; Attività di anamnesi e refertazione	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; convinzioni religiose; carte sanitarie, referti e anamnesi; vita sessuale; abitudini di vita e di consumo; dati di contatto (numero di telefono: email; ecc.)	consenso dell'interessato (art. 6 par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)
Telemedicina, tele-consulenza, tele-refertazione e refertazione on-line (uso e-mail)	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; convinzioni religiose; carte sanitarie, referti e anamnesi; vita sessuale; abitudini di vita e di consumo; dati di contatto (numero di telefono: email; ecc.); Video (immagini e voce)	consenso dell'interessato (art. 6 par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)
Marketing (analisi e indagini di mercato) Invio di materiale informativo e/o pubblicitario anche mediante telefono o email; compilazione di questionari	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; convinzioni religiose; abitudini di vita e di consumo; dati di contatto (numero di telefono; email; ecc.)	consenso dell'interessato (art. 6 par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)

Analisi delle abitudini, dei bisogni, delle preferenze e dei gusti (profilazione)	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; età; stato di salute; abitudini di vita e di consumo; dati di contatto (numero di telefono; email; ecc.)	consenso dell'interessato (art. 6 par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)
---	--	--

#### Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, HEALTH POINT S.p.A. potrà comunicare i suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti, in qualità di Responsabili del trattamento: Società e imprese, Organismi sanitari, personale medico e paramedico, ASL, Società controllanti, Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata, Corrieri, Health Assistance S.C.p.A. in qualità di service provider di Mutua MBA.

#### Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati per finalità commerciali

Per l'invio di comunicazioni commerciali HEALTH POINT S.p.A., previo consenso esplicito, potrà comunicare i suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti: Società o enti con cui sono stipulati accordi e/o convenzioni, Società facenti parte del gruppo HEALTH ITALIA S.p.a.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede HEALTH POINT S.p.A., ed è reperibile attraverso apposita richiesta formulata via email all'indirizzo [privacy@healthpointitalia.com](mailto:privacy@healthpointitalia.com)

#### Durata del trattamento

La durata del trattamento è determinata come segue: i dati personali dell'Interessato saranno conservati per i termini temporali come indicato ai sensi dell'art. 13, paragrafo 2 del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare: per finalità di diagnosi, cura e terapia, attività di anamnesi e refertazione fino a quando ritenuti necessari per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi richiesti e, comunque, per un periodo non inferiore a 10 anni dall'ultima prestazione o servizio erogato, salvo sorga l'esigenza di una ulteriore conservazione, per consentire al titolare la difesa dei propri diritti; per le altre finalità fino a quando ritenuti necessari per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi richiesti e successivamente verranno cancellati. Per le attività di marketing i dati personali in caso di revoca del consenso saranno immediatamente cancellati; resta inteso che la revoca non toglie efficacia al trattamento sino a quel momento svolto. Qualora al contrario non sopravvenga la revoca del consenso prestato, i dati saranno conservati per un periodo di ventiquattro mesi, decorrente dall'ultima prestazione e/o servizio erogato. Per le attività di profilazione i dati personali saranno conservati per dodici mesi. In tutti i casi i dati personali saranno conservati per un tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità descritte nell'informativa, per gli adempimenti di obblighi di legge nei limiti previsti dalla legge.

#### Modalità di trattamento

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico e 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, 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.).

#### Trasferimento dei dati personali verso i Paesi non appartenenti all'Unione europea

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



**Mutua MBA**

Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) - Tel. 06 90198060 - [www.mbamutua.org](http://www.mbamutua.org) - C.F. 97496810587

---

### Diritti dell'interessato

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) ;
- diritto 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;
- di esercitare il diritto di opposizione e revoca del consenso per finalità di Marketing in qualsiasi momento, attraverso apposita richiesta formulata via email all'indirizzo email [privacy@healthpointitalia.com](mailto:privacy@healthpointitalia.com).

L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma e le verrà fornito riscontro entro 30 giorni informata scritta (salvo sua specifica richiesta di riscontro orale).

Per esercitare tali diritti Lei potrà rivolgersi in qualunque momento al Titolare HEALTH POINT S.p.A. ai recapiti sopra indicati ovvero all'indirizzo [privacy@healthpointitalia.com](mailto:privacy@healthpointitalia.com).

Formello, \_\_\_\_\_

Il titolare del trattamento

HEALTH POINT SPA

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

### Il sottoscritto

Nome e cognome \_\_\_\_\_

Nato il \_\_/\_\_/\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_

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

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili relativi alla salute e quelli biometrici (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati: Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; carte sanitarie; stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso; abitudini di vita e di consumo; referti e anamnesi; dati grafometrici; video (immagini e voce) e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dall'art. 9 par. 2 dalla lettera a) alla lettera j) del già citato Regolamento e, in particolare è possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Gestione della clientela, Diagnosi, cura e terapia, Promozione della salute e del benessere, Anamnesi e Refertazione, Servizi sociali - Attività relativa all'assistenza domiciliare

Nego il consenso

Do il consenso

Località e Data

Firma .....

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:  
Non è possibile procedere all' erogazione del servizio richiesto.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Telemedicina, Tele-consulenza e Tele-refertazione

Nego il consenso

Dò il consenso

Località e Data

Firma .....

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:

Non è possibile procedere all' erogazione del servizio richiesto.



**Mutua MBA**

Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) - Tel. 06 90198060 - www.mbamutua.org - C.F. 97496810587

---

Marketing diretto (analisi e indagini di mercato), Invio di materiale informativo e/o pubblicitario mediante telefono o email; compilazione di questionari

Nego il consenso

Dò il consenso

Località e Data

Firma .....

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:

Non è possibile ricevere informazioni riguardo a offerte e promozioni di beni e di servizi.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Analisi delle abitudini, dei bisogni, delle preferenze e dei gusti (profilazione)

Nego il consenso

Dò il consenso

Località e Data

Firma .....

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:

Non è possibile ricevere informazioni riguardo a offerte e promozioni di beni e di servizi in linea con le mie preferenze, bisogni e abitudini. Non è possibile ottenere un piano alimentare adeguato alla mia persona.