

## **Sostegno finanziario individuale della Fondation Groupe Mutuel**

### **Modulo d'autorizzazione di trattamento e di trasmissione dei dati**

La persona sottoscritta ha inoltrato una domanda di sostegno finanziario individuale alla Fondation Groupe Mutuel. Al contempo, la suddetta persona ha un contratto d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) presso una società rappresentata dal Groupe Mutuel Services SA (il Groupe Mutuel Services SA e le società da lui rappresentate sono qui di seguito designate: Groupe Mutuel). Per poter trattare la domanda in questione, tali assicuratori devono poter collaborare per garantire un servizio ben coordinato. A tal fine, e affinché possano gestire la domanda, si scambiano i dati qui di seguito specificati.

#### **Io sottoscritto(a)**

Cognome, Nome:

Data di nascita:

Indirizzo:

CAP e Luogo:

Indirizzo e-mail:

#### **Con la presente, autorizzo**

il Groupe Mutuel Services SA e la Fondation Groupe Mutuel a scambiarsi tra loro i miei (o del rappresentato) dati personali, amministrativi e medici, qui di seguito specificati, per il trattamento della mia domanda di sostegno finanziario individuale (o di quella del rappresentato) inoltrata presso la Fondation Groupe Mutuel.

#### **Descrizione dei dati:**

- Dati personali e amministrativi (nome, cognome, indirizzo, coordinate bancarie e/o postali ecc.).
- Dati sensibili (fatture mediche emesse da medici o da altri fornitori di prestazioni svizzeri o esteri, preventivi, conteggi di partecipazioni, ultima dichiarazione dei redditi).

### **Finalità della raccolta dei dati**

- Con la mia firma, riconosco di essere stato(a) informato(a) del trattamento dei miei (o del rappresentato) dati personali, amministrativi e medici da parte della Fondation Groupe Mutuel e del Groupe Mutuel Services SA ed esprimo il mio esplicito e libero consenso a tal fine. Allo stesso modo, autorizzo la Fondation Groupe Mutuel e il Groupe Mutuel Services SA a scambiarsi i documenti medici necessari alla realizzazione dello scopo oggetto del presente documento. Per questo, libero il Groupe Mutuel Services SA dall'obbligo del segreto professionale nei confronti della Fondation Groupe Mutuel. Libero altresì i medici e gli altri fornitori di prestazioni svizzeri ed esteri dall'obbligo del segreto medico nei confronti della Fondation Groupe Mutuel e del Groupe Mutuel Services SA.
- Con la mia firma, attesto altresì di aver accuratamente letto il presente documento e di averne capito il contenuto. Acconsento al trattamento dei miei dati liberamente ed espressamente. Il presente consenso per la trasmissione dei dati è valido per tutta la durata necessaria per il trattamento della domanda.
- Con la mia firma, riconosco che né la Fondation Groupe Mutuel, né il Groupe Mutuel Services SA possono in nessun caso essere ritenuti responsabili dell'esattezza e della completezza delle informazioni loro fornite dall'assicurato, dai medici o da altri fornitori di prestazioni svizzeri ed esteri.
- Prendo inoltre atto che, in caso di rifiuto, è escluso il ricorso alle vie legali e che, in caso di accettazione, il sostegno finanziario concesso è un contributo straordinario, elargito a titolo del tutto eccezionale e senza riconoscimento di un qualsivoglia obbligo da parte nostra.
- Il presente documento è interamente ed esclusivamente disciplinato dal diritto svizzero. Qualsiasi controversia, litigio o pretesa che scaturisce dal presente documento o che vi si riferisce, inclusa la validità, la nullità, la violazione o la disdetta dello stesso, sarà risolta conformemente al diritto svizzero. Il foro giuridico esclusivo è a Martigny.

---

Luogo

Data

Firma