

RICHIESTA DI ADESIONE ALLA MUTUA DIRITTO E SALUTE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ (_____) il _____

Residente in _____ Città _____ (_____) C.A.P. _____

Professione _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo email _____ cellulare _____

Se appartenente a nucleo familiare inserire nome e cognome del caponucleo e specificare il grado di parentela:

CHIEDE

di essere ammesso a codesta Società di Mutuo Soccorso in qualità di Socio ordinario per usufruire delle prestazioni di assistenza come previste dal Piano sanitario scelto. Di conseguenza si impegna a pagare il contributo annuale, così come definito esercizio per esercizio dal Consiglio di Amministrazione. Il Sottoscritto dichiara di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento e del Regolamento Elettorale, di impegnarsi a osservarli integralmente e di accettare ogni variazione validamente approvata dall'Assemblea e ogni deliberazione legalmente assunta dal Consiglio di Amministrazione, anche in merito alla determinazione dei contributi associativi annui.

DICHIARA

- che non è affetto da sindromi cromosomiche, infermità mentale, tossicodipendenza, AIDS o alcolismo;
- di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento impegnandosi ad osservarli integralmente;
- di accettare sin d'ora ogni variazione dei predetti come pure ogni altra deliberazione legalmente adottata dagli Organi Sociali;
- di impegnarsi al regolare e tempestivo pagamento dei contributi sociali;
- di voler partecipare personalmente alle Assemblee oppure tramite il Delegato dei Soci Ordinari Avv. Roberta Vittoria Nucci, ai sensi dello Statuto e del Regolamento elettorale;
- di avere altre forme di copertura privata Sì No

Se Sì, si impegna a comunicare l'importo degli eventuali rimborsi percepiti da altri Enti, per lo stesso evento per cui presenta richiesta di rimborso.

OPZIONE SCELTA _____ PREMIO ADESIONE € _____
Pagamento con Bonifico Bancario a favore di MUTUA DIRITTO E SALUTE - IBAN IT19B0200830460000105955714 CAUSALE OBBLIGATORIA: COGNOME_NOME_FABI_RSMO_OPZ VALUTA FISSA BENEFICIARIO: indicare la DATA DI ESECUZIONE DEL BONIFICO
Inviare il modulo compilato e firmato insieme alla copia del bonifico a bologna@areabroker.it e per conoscenza, in CC, a paola.castelluccio@mutuades.it OGGETTO MAIL OBBLIGATORIO: ADESIONE POLIZZA RSMO FABI

La polizza si intende rinnovata automaticamente a scadenza con tacito rinnovo salvo disdetta pervenuta entro 60 giorni prima della data di scadenza.

SCELTA DEL PIANO SANITARIO

PIANI RIMBORSO SPESE MEDICHE (RSM)

ADESIONE	DES 100 Quercia – NOBIS 12 MESI	DES 200 Quercia – NOBIS 12 MESI	DES 300 Quercia – NOBIS 12 MESI	DES ILLIMITATO Quercia – NOBIS 12 MESI
Singolo	€ 400	€ 640	€ 980	€ 1.185
Nucleo	€ 570	€ 840	€ 1.430	€ 1.600

PIANO CURE DENTARIE

ADESIONE	DENTAL MALVA 12 MESI
Singolo	€ 190
Nucleo	€ 440

RENDITA MENSILE PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA

ADESIONE	LTC GENZIANA Rendita mensile € 1.000	LTC GENZIANA Rendita mensile € 1.000
Singolo	*€ 60	*€ 90
Nucleo	=====	=====

**Importo comprensivo di quota minima per attivazione*

QUOTA DI ADESIONE ANNUALE

ADESIONE	QUOTA ADESIONE 12 MESI
Singolo	€ 50
Nucleo	€ 100

COORDINATE BANCARE IBAN PER L'ACCREDITO DEI RIMBORSI



Chiedo che i rimborsi a me dovuti vengano accreditati sul c/c bancario intestato a



PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N C/C




Data


Firma (in originale)
 In proprio e/o esercente la patria podestà


**INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DI PERSONE FISICHE AI SENSI
 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 (“GDPR”)**


	TITOLARE DEL TRATTAMENTO	MUTUA DIRITTO E SALUTE Società di Mutuo Soccorso – Sede Legale e Sede Operativa DRUENTO: Via Volta 31/A, DRUENTO (TO) – Tel 011-0620637 Fax 011-0620638 e-mail: adesioni@mutuadesit- pec: mutuades@pecnet – sito web www.mutuadesitdi seguito definita (“MUTUA”)
	RESPONSABILE PER LA PROTEZIONE DATI (DPO)	Massimo Prato Via Volta 31/A, DRUENTO (TO) – Tel 011-0620637 - Fax 011-0620638 e-mail: DPO@mutuadesit


	DATI PERSONALI TRATTATI CHE POSSONO ESSERE TRATTATI
	Dati Personali: come a titolo esemplificativo: dati anagrafici, identificativi, di contatto, contabili, fiscali, etc
	CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI
	Categorie particolari di dati: come a titolo esemplificativo: convinzioni religiose o filosofiche, dati relativi alla salute, etc


	FINALITÀ DEL TRATTAMENTO		BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO		PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI
Finalità connesse a provvedere, per i propri associati, all'erogazione di servizi di assistenza sanitaria integrativa ed a prestazioni assistenziali		Obbligo contrattuale	Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento, ma che se revocato renderebbe impossibile il proseguimento del servizio)		Durata contrattuale e, dopo la cessazione, per 10 anni
	Adempiere ad obblighi previsti da regolamenti e dalla normativa nazionale e sovranazionale applicabile	Obbligo legale			
Se necessario, per accertare, esercitare o difendere i diritti del Titolare in sede giudiziaria		Legittimo interesse del Titolare			Per tutta la durata del contenzioso, fino all'esaurimento dei termini di esperibilità delle azioni di impugnazione
Recupero crediti stragiudiziale		Legittimo interesse del Titolare			
Finalità marketing: a titolo esemplificativo, invio - con modalità automatizzate di contatto (come sms, mms ed e-mail) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) - di comunicazioni promozionali e commerciali relative a servizi/prodotti offerti dalla Mutua o segnalazione di eventi della Mutua, nonché realizzazione di studi di mercato e analisi statistiche da parte della Mutua		Consenso (facoltativo e revocabile in qualsiasi momento)			Durata del consenso e, dopo la revoca, per 24 mesi
Decorsi i termini di conservazione sopra indicati, i dati saranno distrutti, cancellati o resi anonimi, compatibilmente con le procedure tecniche di cancellazione e backup					

	OBBLIGATORietà DEL CONFERIMENTO DEI DATI Il conferimento dei dati è obbligatorio per la conclusione e l'efficacia del contratto per le finalità indicate precedentemente, pertanto il mancato, parziale o inesatto conferimento di tali dati rende impossibile la conclusione dello stesso
---	--


	DESTINATARI DEI DATI I dati possono essere trattati da soggetti esterni operanti in qualità di Titolari e/o Responsabili (a cui sono impartite adeguate istruzioni operative) Tali soggetti, a titolo esemplificativo e non limitativo, sono essenzialmente ricompresi nelle seguenti categorie: <ol style="list-style-type: none"> Autorità ed organi di vigilanza e controllo Enti pubblici Associazioni di categoria Imprese e professionisti nel settore amministrativo, contabile, fiscale e tributario Imprese e professionisti nel settore finanziario e del credito Imprese e professionisti nel settore assicurativo Imprese e professionisti nel settore informatico e dell'ICT (Information Communication Technology) Imprese e professionisti del settore sanitario Imprese e professionisti nel settore legale Imprese e professionisti dei servizi alla persona Imprese e professionisti nel settore della consulenza privacy Società di Welfare aziendale Fondi di assistenza sanitaria, casse, società di mutuo soccorso e mutue assicuratrici
---	---


	SOGGETTI AUTORIZZATI AL TRATTAMENTO I dati potranno essere trattati da personale delle funzioni associative deputate al perseguimento delle finalità sopra indicate, che sono stati espressamente autorizzati al trattamento e che hanno ricevuto adeguate istruzioni operative
---	---

	TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI IN PAESI NON APPARTENENTI ALL'UNIONE EUROPEA
	I dati non saranno trasferiti all'estero in paesi extra-europei

	DIRITTI DELL'INTERESSATO - RECLAMO ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO
	Rivolgendosi al Titolare del Trattamento ai recapiti indicati precedentemente, gli interessati possono chiedere l'accesso ai dati che li riguardano, la loro cancellazione, la rettifica dei dati inesatti, l'integrazione dei dati incompleti, la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art 18 GDPR, nonché l'opposizione al trattamento nelle ipotesi di legittimo interesse del titolare
	Gli interessati, inoltre, nel caso in cui il trattamento sia basato sul consenso o sul contratto e sia effettuato con strumenti automatizzati hanno il diritto di ricevere (portabilità) in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati, nonché, se tecnicamente fattibile, di trasmetterli ad altro titolare senza impedimenti
	Gli interessati hanno il diritto di revocare il consenso prestato in qualsiasi momento, nonché di opporsi al trattamento dei dati per tali finalità sopra espresse
	Gli interessati hanno il diritto di proporre reclamo all'Autorità di controllo competente nello Stato membro in cui risiedono abitualmente o lavorano o dello Stato in cui si è verificata la presunta violazione

La presente informativa sarà soggetta ad aggiornamenti

	PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA
	Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____ dichiaro di aver ricevuto e preso visione dell'Informativa Privacy
	Luogo _____, data ____/____/____ Firma _____

	DICHIARAZIONE DI CONSENSO DELL'INTERESSATO
	Il/La sottoscritto/a (nome e cognome) _____
	<p>a. Esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari di dati per le finalità connesse alla sottoscrizione del contratto</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO</p>
	<p>b. Esprimo il consenso al trattamento delle categorie particolari di dati per le finalità connesse alla sottoscrizione del contratto anche per i componenti del mio nucleo familiare</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO</p>
	<p>c. Esprimo il consenso al trattamento dei miei dati per le finalità di marketing sopra indicate: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms o mms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui prodotti e servizi della Cassa, segnalazione di eventi della Cassa, rilevazione del grado di soddisfazione della clientela, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche da parte della Cassa</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ACCONSENTO <input type="checkbox"/> NON ACCONSENTO</p>
	Luogo _____, data ____/____/____ Firma _____