

FIGLIO/A : COGNOME _____ NOME _____ SESSO M F

NATO/A IL ____/____/____ A _____ COD FISC _____

FIGLIO/A : COGNOME _____ NOME _____ SESSO M F

NATO/A IL ____/____/____ A _____ COD FISC _____

FIGLIO/A : COGNOME _____ NOME _____ SESSO M F

NATO/A IL ____/____/____ A _____ COD FISC _____

SULLA BASE DELLE INFORMAZIONI RESE ADERISCO AL PIANO:

- | | | | |
|-------------------------------------|--|-----------------------|---------------------|
| NOTAI IN SERVIZIO 2019 FORMA SINGLE | <input type="checkbox"/> RATA ANNUALE | rata unica € 1.195,00 | |
| | <input type="checkbox"/> RATA SEMESTRALE | 1a rata € 625,00 | 2a rata € 570,00 |
| | <input type="checkbox"/> RATA MENSILE | 1a rata € 340,00 | successive € 95,00 |
| NOTAI IN SERVIZIO 2019 FORMA NUCLEO | <input type="checkbox"/> RATA ANNUALE | rata unica € 2.143,00 | |
| | <input type="checkbox"/> RATA SEMESTRALE | 1a rata € 1.099,00 | 2a rata € 1.044,00 |
| | <input type="checkbox"/> RATA MENSILE | 1a rata € 577,00 | successive € 174,00 |
| NOTAI IN PENSIONE 2019 FORMA SINGLE | <input type="checkbox"/> RATA ANNUALE | rata unica € 1.795,00 | |
| | <input type="checkbox"/> RATA SEMESTRALE | 1a rata € 925,00 | 2a rata € 870,00 |
| | <input type="checkbox"/> RATA MENSILE | 1a rata € 490,00 | successive € 145,00 |
| NOTAI IN PENSIONE 2019 FORMA NUCLEO | <input type="checkbox"/> RATA ANNUALE | rata unica € 3.175,00 | |
| | <input type="checkbox"/> RATA SEMESTRALE | 1a rata € 1.615,00 | 2a rata € 1.560,00 |
| | <input type="checkbox"/> RATA MENSILE | 1a rata € 835,00 | successive € 260,00 |

N.B. Per i pagamenti in forma frazionata, la prima rata comprende la quota associativa (€ 15,00) ed il contributo aggiuntivo (€ 40,00) che NON sono frazionabili.

Per i pagamenti mensili la prima rata comprende tre mensilità (necessarie per l'attivazione del RID)

MI IMPEGNO AD EFFETTUARE IL PRIMO VERSAMENTO MEDIANTE BONIFICO BANCARIO ALLE SEGUENTI COORDINATE:

IBAN IT 28 R 03069 09606 100000063432 BANCA INTESA S. PAOLO
INTESTATO SOCIETA' GENERALE DI MUTUO SOCCORSO MBA
CAUSALE NUOVA ADESIONE FEDERNOTAI ... COGNOME E NOME

LE RATE SUCCESSIVE COSI' COME I FUTURI RINNOVI AVVERRANNO SOLO A MEZZO RID BANCARIO DI CUI SI ALLEGA ALLA PRESENTE DOMANDA IL MODELLO SEPA COMPILATO E FIRMATO

Luogo e data _____ Firma del richiedente _____

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.

Il Titolare del Trattamento dei suoi dati personali è la Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance (di seguito anche "MUTUA BASIS ASSISTANCE"), responsabile nei suoi confronti del legittimo e corretto uso dei suoi dati personali e che potrà contattare per qualsiasi informazione o richiesta ai seguenti recapiti:

Titolare del Trattamento: MUTUA BASIS ASSISTANCE

Sede: Via di Santa Cornelia, 9 – 00060 Roma RM, IT

Contatti e recapiti:

Telefono	+39 06 90198060
PEC	mbamutua@legalmail.it

La società MUTUA BASIS ASSISTANCE ha nominato un Responsabile della protezione dei dati personali ("Data Protection Officer o DPO")

Contatti e recapiti:

Email	dpo@mbamutua.it
-------	-----------------

I suoi dati personali sono raccolti e trattati per le finalità riportate di seguito insieme alla base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
1. Gestione della clientela e attività istituzionali quali la gestione della domanda di ammissione a socio, nonché i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto Applicativo e del Regolamento di MUTUA BASIS ASSISTANCE; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/Fax o internet (sms; mms; e-mail).	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Coordinate bancarie; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.)	Norma Stato membro (GDPR 2016/679, art. 6, par. 1 lett. b)
2. Prestazione di sussidi sanitari in particolare valutare le richieste di rimborso spese presentate dall'Associato e provvedere al relativo rimborso, come previsto dal Piano Sanitario prescelto (prestazioni sanitarie in forma indiretta), autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso alla Rete Convenzionata di MUTUA BASIS ASSISTANCE e/o del Provider Health Assistance S.c.p.a. (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'Associato o la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/fax o internet (sms; mms; e-mail).	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f; origini razziali; origini etniche; carte sanitarie; stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso; dati genetici; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.)	Norma Stato membro (GDPR 2016/679, art. 6, par. 1 lett. a)
3. Attività di informazione e promozione istituzionale l'invio di materiale informativo e di promozione dell'attività svolta da MUTUA BASIS ASSISTANCE e di organismi convenzionati (invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato, elaborazione di studi e di ricerche di mercato, etc.), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail).	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f	Norma Stato membro (GDPR 2016/679 art. 6, par. 1 lett. f)

I suoi dati potranno essere utilizzati in forma anonimizzata e aggregata a fini statistici.

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati:

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimenti di obblighi di legge, MUTUA BASIS ASSISTANCE potrà comunicare i suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- Organismi sanitari, personale medico e paramedico. (ad es. Istituti Tesorieri e loro incaricati per le sole operazioni relative ad invio degli assegni o accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio di autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta.
- Società e imprese, Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata, corrieri. (ad es. per attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, ANSI; Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolitografie, soggetto Certificatore firma grafometrica e Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo della Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici), enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte (a titolo esemplificativo e non esaustivo la Centrale Salute)
- 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.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede MUTUA BASIS ASSISTANCE, ed è reperibile attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo mbamutua@legalmail.it

Oltre a queste informazioni, per garantirle un trattamento dei suoi dati il più corretto e trasparente possibile, deve essere a conoscenza del fatto che:

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 Prestazione di sussidi sanitari per tutta la durata contrattuale e fino a che sussistano obbligazioni ed adempimenti connessi all'esecuzione dello stesso 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. 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 Paesi non appartenenti alla Unione europea.

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

I suoi diritti:

Ai sensi degli artt. da 15 a 20 del Regolamento, la informiamo relativamente agli obblighi che ha il Titolare nei Suoi riguardi.

- Lei 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;
- Lei ha il diritto 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;
- Lei ha il 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;
- Lei può esercitare il Diritto di opposizione per finalità di informazione e promozione istituzionale in qualsiasi momento, attraverso apposita richiesta formulata via PEC all'indirizzo mbamutua@legalmail.it.

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

Per esercitare tali diritti Lei potrà rivolgersi in qualunque momento al Responsabile della protezione dei dati personali presso MUTUA BASIS ASSISTANCE, con sede in Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM), IT – raggiungibile all'indirizzo dpo@mbamutua.it

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Nato/a 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), referti ed anamnesi, dati genetici, dati grafometrici, 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:

- E' possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche.

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

Prestazioni di sussidi sanitari

CONSENSO

NON 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 dei servizi richiesti

richiedente inoltre:

Dichiara di aver preso visione dello Statuto, del Regolamento Applicativo dello Statuto di MUTUA MBA, del Regolamento del Piano Sanitario sottoscritto e della Guida Operativa, nonché del Modello Organizzativo 231 e del Codice Etico pubblicati sul sito di MUTUA MBA; si impegna, altresì, ad

attenersi a tutte le norme e prescrizioni ivi contenute, nonché a rispettare le previsioni previste dal Piano Sanitario prescelto e che MUTUA MBA mette a

disposizione dello stesso. L'efficacia dei sussidi avrà effetto dal giorno di ratifica da parte del CDA di MUTUA MBA ovvero dal giorno della sua iscrizione al

libro soci, a fronte del pagamento della quota associativa e del relativo contributo relativo al Piano Sanitario.

Accetta espressamente che tutte le comunicazioni inerenti il rapporto Associativo, le prestazioni previste nei Sussidi Sanitari prescelti, nonché relative ad

eventuali modifiche apportate di cui alla successiva lettera D) vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo di adesione.

Dichiara, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., di accettare espressamente la seguente clausola di cui all'Art. 40 dello Statuto: "Clausole

compromissorie e di conciliazione: A fronte di ogni eventuale controversia che dovesse insorgere tra i Soci e la Mutuo Soccorso, fra i Soci medesimi, fra i

componenti del Consiglio di Amministrazione e fra questi e i Soci, anche in dipendenza di una diversa interpretazione del presente Statuto, tutti i Soci, gli

Amministratori e la Mutuo Soccorso in generale, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario per le materie di cui al D. Lgs. 5/2003, assumono l'obbligo

di esprimere un tentativo di conciliazione alla presenza di un conciliatore professionista, individuato fin d'ora nella persona del Presidente del Collegio dei

Sindaci. Il procedimento di conciliazione sarà irrituale e farà riferimento ai principi che regolano lo stesso procedimento ai sensi del D. Lgs. n. 5/2003, art.

40 commi 1, 2, 3 e 8 e norme collegate. In ogni caso il foro competente per ogni eventuale controversia, è quello di Roma".

Il richiedente dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:

A) La qualifica di Socio, nonché l'adesione al Piano Sanitario, hanno la durata prevista dal Piano Sanitario stesso, decorrente dalla data di delibera del CDA

di MUTUA MBA successiva alla presentazione della presente Domanda di Adesione; alla prima scadenza, la qualifica di Socio e l'adesione all'eventuale Piano

Sanitario, si intenderanno tacitamente rinnovate in mancanza di disdetta, da inviarsi alla sede legale di MUTUA MBA in forma scritta, ed a mezzo

raccomandata a.r. o e-mail pec, almeno 60 giorni prima della relativa scadenza; l'erogazione delle prestazioni è in ogni caso subordinata al corretto

pagamento della Quota Associativa, del Contributo Associativo di base e del Contributo relativo al Piano Sanitario prescelto.

B) Revoca: il sottoscrittore della domanda di adesione a MUTUA MBA può esercitare il diritto di revoca entro 10 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione

della domanda di adesione medesima, inviando lettera raccomandata A/R a MUTUA MBA, Via di Santa Cornelia n. 9, CAP 00060 – Formello (RM). Il

sottoscrittore aderente, esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato, ha diritto al rimborso degli importi versati a MUTUA MBA, a titolo di

quota associativa annuale e di contributo relativo al Piano Sanitario scelto. Per l'operazione di rimborso, MUTUA MBA storerà dall'importo dovuto il costo

relativo all'operazione bancaria da effettuarsi, determinato in € 1,50. In ogni caso il diritto di revoca di cui sopra è riconosciuto al Socio unicamente al

momento della presentazione della prima domanda di ammissione; è pertanto preclusa la revoca al momento del rinnovo annuale della qualifica di socio

o del Piano Sanitario prescelto.

C) Il Consiglio di Amministrazione di MUTUA MBA a tutela degli interessi di tutti i suoi Soci ha facoltà di deliberare unilateralmente:

- modifiche al Regolamento Attuativo dello Statuto di MUTUA MBA;

- variazioni del Contributo annuale per l'adesione ai Sussidi Sanitari, nonché variazioni della Quota Associativa annuale per l'adesione a MUTUA MBA;

- modifiche relative alle prestazioni sanitarie individuate nei Sussidi Sanitari nonché alle condizioni di erogazione dei rimborsi (es. quote di spese a carico, massimali, prestazioni di alta diagnostica, etc.).

In ogni caso le variazioni di cui sopra saranno comunicate a tutti gli Associati, nelle tempistiche utili previste dal Regolamento applicativo, mediante l'invio

di apposita comunicazione all'indirizzo email indicato nel presente modulo di adesione, permettendo al Socio di esercitare il diritto di disdetta.

D) Spese aggiuntive: Per ogni versamento della quota associativa, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, MUTUA MBA si riserva la facoltà di

richiedere il pagamento di € 2,60, comprensivo di € 1,70 per lo storno RID ed € 0,90 per la richiesta di nuovo addebito.

E) Al Socio, in ritardo con i pagamenti dei contributi associativi, non spettano:

a) le prestazioni / rimborsi indicati nei Sussidi - nessuno escluso - per eventi verificatisi dal primo giorno del mese in cui è divenuto moroso;

b) le prestazioni / rimborsi indicati nei Sussidi - nessuno escluso - maturati per eventi verificatisi antecedentemente al primo giorno di morosità e, a tale

data richiesti, non ancora liquidati dalla Mutuo Soccorso, sino alla concorrenza massima dell'importo dei contributi associativi per il quale il Socio risulta

moroso, maggiorato degli interessi di mora al tasso legale corrente maturati dal primo giorno di morosità. [...]

In ogni caso, se la morosità, supera i 180 giorni, il Socio decade ipso jure da tale qualifica con ogni conseguente effetto, ivi compresa l'esclusione dalla

qualifica di Socio e la sua cancellazione dal libro dei Soci. In tale ultima ipotesi il Socio decade dal diritto per qualunque sussidio.

In caso di decesso del Socio, se questo avviene nel primo giorno di ritardo per il pagamento del contributo anticipato dei contributi associativi, o comunque

successivamente, agli eredi non spettano i sussidi eventualmente maturati dal Socio in vita.

F) La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso.

Luogo e Data _____ **Il richiedente** _____

Il richiedente, previa rilettura, approva espressamente, a norma degli artt. 1341 e 1342 c.c., le condizioni di cui alle precedenti lettere A); B); C); D); E); F).

Luogo e Data _____ **Il richiedente** _____

GUIDA ALLA COMPILAZIONE

IL MODULO DI ADESIONE SI COMPONE DI SETTE FACCIATE (esclusa la presente) CHE DEVONO ESSERE COMPILATE/LETTE IN OGNI PARTE PER POTER PERMETTERE L'ISCRIZIONE ALLA MUTUA:

PRIMA E SECONDA FACCIATA

COMPILARE INTEGRALMENTE AVENDO CURA DI CROCETTARE TUTTI I RIQUADRI CHE INTERESSANO.

PORRE LUOGO DATA E FIRMA ALLA FINE DELLA SECONDA FACCIATA.

TERZA FACCIATA

COMPILARE IL MODELLO SEPA PER IL RID AUTOMATICO (OBBLIGATORIO) **AVENDO CURA DI PORRE SOLO LA PRIMA FIRMA RICHIESTA**

QUARTA FACCIATA

DA LEGGERE

QUINTA FACCIATA

DA LEGGERE

SESTA FACCIATA

INSERIRE NOME COGNOME DATA DI NASCITA E CODICE FISCALE – BARRARE IL CONSENSO - E PORRE LUOGO DATA E FIRMA

SETTIMA FACCIATA

PORRE PER DUE VOLTE LUOGO DATA E FIRMA

AL PRESENTE MODULO DI ADESIONE -COMPOSTO DA SEI FACCIATE - DEVE ESSERE ALLEGATO:

- 1) COPIA DELLA CARTA D'IDENTITA' DEL RICHIEDENTE
- 2) COPIA DEL CODICE FISCALE (O TESSERE SANITARIA) DEL RICHIEDENTE
- 3) COPIA DELL'ORDINE DI BONIFICO

TUTTI I DOCUMENTI DEVONO ESSERE INVIATI AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:

salutefedernotai@gmail.com