

Domanda di adesione realizzata per

DOMANDA DI ADESIONE A MUTUA BASIS ASSISTANCE IN QUALITA' DI SOCIO FUITORE					
Domanda di iscrizione numero		Convenzione FEDERNOTAI		Codice promotore mutualistico DUEMAR srl M001890	
Dati del richiedente (obbligatorio allegare un documento di identità valido)					
* Professione					
* Cognome		* Nome		Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita	Nazionali tà	* Codice Fiscale	
*Indirizzo di residenza	*C.A.P.	*Località/Frazione		*Prov.	
*Telefono	*Cellulare	*E-mail a cui saranno inviate tutte le comunicazioni			
Tipo Documento <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAT. <input type="checkbox"/> PASS.	Numero Documento	Ente di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza	
			__/__/____	__/__/____	
SUSSIDIO PRESCELTO (per le specifiche relative agli aderenti si rimanda a quanto previsto nel testo di Convenzione)		CONTRIBUTO AGGIUNTIVO DEL PIANO SANITARIO PRESCELTO		FRAZIONAMENTO DEL PAGAMENTO	
NOTAI IN SERVIZIO 2017	Single € 950,00 <input type="checkbox"/>	Nucleo € 1.950,00 <input type="checkbox"/>		TIPO DI FRAZIONAMENTO: <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> semestrale <input type="checkbox"/> trimestrale <input type="checkbox"/> mensile (la prima rata sarà comprensiva della quota associativa annuale) In caso di frazionamento, per il versamento delle rate successive è obbligatorio compilare il modello di addebito RID secondo le disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT su conto corrente bancario.	
NOTAI IN PENSIONE 2017	Single € 1.685,00 <input type="checkbox"/>	Nucleo € 3.110,00 <input type="checkbox"/>			
OMNIA CARE - CROSS	Single € 660,00 <input type="checkbox"/>	Nucleo € 1.180,00 <input type="checkbox"/>			
OMNIA CARE - MEDIA	Single € 600,00 <input type="checkbox"/>	Nucleo € 1.050,00 <input type="checkbox"/>			
OMNIA CARE - SUPER	Single € 1.500,00 <input type="checkbox"/>	Nucleo € 2.350,00 <input type="checkbox"/>			
Riepilogo Quote e contributi					
Quota Associativa Contributo Associativo Annuale Contributo aggiuntivo del Sussidio Sanitario scelto		€ 15,00 € 40,00 € _____,00 TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE € _____,00			
Modalità di pagamento prescelta per la prima rata (comprensiva di quota associativa)					
<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance IBAN: IT 72 V 03359 01600 100000063432 <input type="checkbox"/> Bonifico Postale intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance IBAN: IT 57 T 07601 03200 000006284022 <input type="checkbox"/> Bollettino di Conto Corrente Postale intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance: CC Numero: 6284022 <input type="checkbox"/> Assegno Circolare o Bancario non trasferibile n° _____ intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance					
Modalità di pagamento per le rate successive					
<input type="checkbox"/> Rid Bancario (Compilare correttamente il modello allegato per il versamento delle rate successive tramite addebito automatico su rid bancario) <input type="checkbox"/> Carta di Credito (Compilare correttamente il modello allegato per il versamento delle rate successive tramite addebito automatico su carta di credito)					
Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto: <input type="checkbox"/> Se stesso e i propri familiari <input type="checkbox"/> Uno o più dei suoi familiari					
Dati anagrafici dei Familiari da garantire (per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo ed il regolamento del Sussidio)					
Nome	Cognome	Data di Nascita	Luogo di nascita	Codice fiscale	Grado di Parentela
		__/__/____			
		__/__/____			
		__/__/____			
		__/__/____			
Il richiedente dichiara inoltre					
<input type="checkbox"/> Di non avere nessun tipo di malattia pregressa <input type="checkbox"/> Di avere le seguenti malattie pregresse: _____					
<input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia pregresse <input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse: _____					
Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3	Familiare 4		

I campi contrassegnati con l'asterisco (*) sono obbligatori. La loro omessa compilazione può comportare il mancato perfezionamento del rapporto associativo

Luogo e Data _____

Firma del Richiedente _____



Mutua MBA

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



Domanda di adesione realizzata per

INFORMATIVA e CONSENSO PRIVACY

AI SENSI DELL'ART. 13 e 23 D. LGS. N. 196 DEL 30/06/2003 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. n. 196/2003 - "Codice della Privacy" in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti e delle informazioni che La riguardano, sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, secondo quanto previsto dall'art. 11 del Codice, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. Pertanto, conformemente a quanto previsto dall'art. 13 del D. Lgs. 196/03, Le forniamo le seguenti informazioni:

Natura dei dati trattati

Oltre ai Suoi dati identificativi anagrafici e fiscali, definiti dalla legge "dati comuni", per un corretta erogazione dei servizi richiesti abbiamo la necessità di trattare taluni dati definiti dalla legge "dati sensibili". In particolare si tratta dei dati dai quali si ricavano informazioni sullo stato di salute (informazione sanitarie e/o genetiche), nei limiti in cui il trattamento di tali informazioni ci è necessario per ottemperare all'erogazione dei servizi da Lei richiesti e agli obblighi previsti dalla legge.

1. Finalità del trattamento

(a) **finalità istituzionali e gestionali**, 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 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 o internet (sms; mms; e-mail);**

(b) **finalità di prestazioni di sussidio sanitario**, in particolare valutare le richieste di rimborso spese presentate dall'Associato e provvedere al relativo rimborso, come previsto dal Piano Sanitario prescelto, autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso alla Rete Convenzionata di MUTUA BASIS ASSISTANCE e/o del Provider Coopsalute S.C.p.A. (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitarie, 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 o internet (sms; mms; e-mail);**

(c) **finalità attinenti** 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).**

2. Modalità del trattamento

In relazione alle summenzionate finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nonché la piena osservanza della Legge. L'archiviazione dei dati può avvenire anche all'estero, in Paesi appartenenti all'Unione Europea, qualora ciò sia funzionale alle procedure di gestione ed in esecuzione alle finalità indicate. La presente informativa è resa per i dati forniti direttamente dall'interessato, o raccolti presso terzi o presso pubblici registri, elenchi, atti o documenti, conoscibili nei limiti stabiliti dalle norme sulla loro conoscibilità. Per i dati di natura sensibile (idonei a rilevare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste all'Autorizzazione Generale del Garante.

3. Obbligo o facoltà di conferire i dati

Pur essendo per Lei facoltativo fornire i Suoi dati personali, La informiamo che in loro mancanza, sarà impossibile per la nostra Società adempiere all'erogazione dei servizi da Lei richiesti (ai sensi dello Statuto e del Regolamento di MUTUA BASIS ASSISTANCE), indicati nelle Finalità di tipo 1.a) e 1.b); pertanto, il loro mancato conferimento e la manifestazione del consenso da parte Sua, comporterà, di fatto, l'impossibilità al perseguimento delle finalità sopra descritte. Tale consenso diventa facoltativo per le Finalità di tipo 1.c).

4. Comunicazione e diffusione dei dati

I Suoi dati personali non saranno "diffusi", cioè non saranno messi a conoscenza di soggetti indeterminati; invece, tali dati saranno da noi "comunicati", cioè saranno messi a conoscenza di uno o più soggetti determinati, come appresso specificato:

- dipendenti e collaboratori in qualità di "responsabili" o "incaricati" del trattamento dei dati personali, i consulenti, di MUTUA BASIS ASSISTANCE o di Società esterne, comunque riconducibili ai soggetti di cui al punto 4. e che siano coinvolti da MUTUA BASIS ASSISTANCE nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici); i dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati del trattamento da parte di MUTUA BASIS ASSISTANCE. Potranno venire a conoscenza della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance o di altri organismi convenzionati o enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte (quali: Health Italia Spa; Coopsalute S.C.p.A.; Basis Cliniche; Fondazione Basis; Basis Spa).
- altri soggetti privati ai quali MUTUA BASIS ASSISTANCE può affidare il servizio di gestione delle richieste di rimborso delle spese mediche o la gestione di ulteriori servizi garantiti ai propri Associati;
- i dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistiche;
- 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.

Durata del trattamento

I dati personali da Lei conferiti verranno trattati per il tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità sopra descritte ed anche successivamente per l'espletamento di obblighi previsti dalla legge.

5. Diritti dell'Interessato

In ogni momento, ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003, è Suo diritto:

- ottenere la conferma dell'esistenza di dati personali che La riguardano, anche se non ancora registrati, e la comunicazione in forma intelligibile dei medesimi dati e della loro origine, nonché, delle finalità e delle modalità del trattamento e della logica applicata in caso di trattamento con strumenti elettronici;
- ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti e trattati;
- avere conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i suoi dati sono comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di "responsabili" o "incaricati";
- opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei suoi dati personali, qualora raccolti a fini di informazione commerciale o per il compimento di ricerche di mercato.

6. Il titolare del trattamento

Per esercitare i Suoi diritti si può rivolgere a MUTUA BASIS ASSISTANCE, in persona del legale rappresentante *pro tempore*, con sede legale in Via di Santa Cornelia n. 9, CAP 00060 - FORMELLO (RM).

Con la sottoscrizione della presente Informativa il richiedente dichiara di aver preso visione dell'informativa privacy, in particolare con riguardo alle finalità, modalità e comunicazione del trattamento dei dati personali e pertanto:

Il sottoscritto consente il trattamento dei dati personali secondo le Finalità di tipo 1.a) e 1.b) SI ☐ NO ☐

Il sottoscritto consente il trattamento dei dati personali secondo le Finalità di tipo 1.c) SI ☐ NO ☐

Luogo e Data

Il richiedente

il richiedente inoltre:

- **Dichiara di aver preso visione dello Statuto** e del Regolamento Applicativo dello Statuto di MUTUA BASIS ASSISTANCE e del Regolamento del Piano Sanitario sottoscritto, nonché del Modello Organizzativo 231 e del Codice Etico pubblicati sul sito di MUTUA BASIS ASSISTANCE; 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 BASIS ASSISTANCE mette a disposizione dello stesso. L'efficacia dei sussidi avrà effetto dal giorno di ratifica da parte del CDA di MUTUA BASIS ASSISTANCE 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".
- Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile 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 BASIS ASSISTANCE 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 BASIS ASSISTANCE 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 BASIS ASSISTANCE 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 BASIS ASSISTANCE, 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 BASIS ASSISTANCE, a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo al Piano Sanitario scelto. Per l'operazione di rimborso, MUTUA BASIS ASSISTANCE 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 BASIS ASSISTANCE a tutela degli interessi di tutti i suoi Soci ha facoltà di deliberare unilateralmente:
 - modifiche al Regolamento Attuativo dello Statuto di MUTUA BASIS ASSISTANCE;
 - variazioni del Contributo annuale per l'adesione ai Sussidi Sanitari, nonché variazioni della Quota Associativa annuale per l'adesione a MUTUA BASIS ASSISTANCE;
 - 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 mediante l'invio di apposita comunicazione all'indirizzo email indicato nel presente modulo di adesione.
 - D)** Spese aggiuntive: Per ogni versamento della quota associativa, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, MUTUA BASIS ASSISTANCE 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.

Luogo e Data

Il richiedente

DATI BANCARI PER EVENTUALI RIMBORSI SPESE MEDICHE

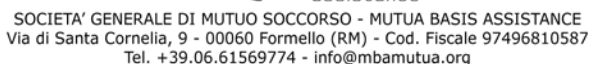
IBAN del titolare :

Banca di appoggio :

Intestatario del Conto Corrente :

Indirizzo : n° C.A.P. Città

Provincia : Email (per eventuali comunicazioni sul rimborso)



RIFERIMENTO MANDATO (2)

Cod. Azienda Sia Cod. assegnato dall'Azienda creditrice al debitore

A	W	2	7	0
---	---	---	---	---

Da compilare a cure del Creditore

Ragione Sociale:	Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance
Sede Legale:	Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) - Italia
Codice Identificativo del Creditore:	IT450010000097496810587

Cognome e Nome/Ragione Sociale:	
Indirizzo (via, cap, città, provincia):	
Codice fiscale/Partita IVA:	

[illegible]

Il Sottoscritto Debitore autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa ed il Prestatore di Servizi di Pagamento (di seguito "PSP") ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore. Il rapporto con il PSP è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con il PSP stesso.

Il Debitore ha facoltà di richiedere al PSP il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto stabilito nel suddetto contratto: eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito. (3)

(da compilare solo se il sottoscrittore non coincide con il titolare del conto corrente)

[illegible]

Luogo

Data

Firma del Debitore

nati con le coordinate dell'Azienda creditrice o aggiornate d'iniziativa dell'Azienda stessa.

Luogo

Data

Firma del Debitore

N.B.: i diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla banca.

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:

Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance
Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM)
Tel 06.61569774 - Fax 06.61568364

e al Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP) (3)

RISERVATO AL CREDITORE

Note

1) La presente autorizzazione permanente di addebito in conto corrente è subordinata all'accettazione da parte del Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP) del Debitore.

2) Il codice di Riferimento Mandato è un codice univoco fornito da Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance al Debitore in fase di sottoscrizione della domanda di adesione.

3) A titolo esemplificativo, possono essere PSP le banche, Poste Italiane S.p.A., gli istituti di moneta elettronica e gli istituti di pagamento autorizzati.

4) Nel caso di c/c intestato a persona giuridica il sottoscrittore coincide con il soggetto delegato ad operare sul conto. Nel caso di c/c intestato a persona fisica il sottoscrittore coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso.