

ADESIONE AL PIANO SANITARIO IN QUALITA' DI SOCIO ORDINARIO

IO SOTTOSCRITTO:

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ prov _____ il ___/___/_____ sesso M F

Codice fiscale _____

Residente in _____ N° _____ C.A.P. _____

Città _____ Prov (_____) _____

Tel fisso _____ Tel Mobile _____

Indirizzo mail _____

Documento C.I. PAT PASS N. DOC _____ Rilasciato da _____

Data rilascio ___/___/_____ Data di scadenza ___/___/_____

IN QUALITA' DI (barrare)

NOTAIO IN ATTIVITA' **NOTAIO IN PENSIONE**

DIPENDENTE STUDIO NOTARILE

PARENTE: **FIGLIO/A** **PADRE/MADRE** **FRATELLO/SORELLA** **VEDOVO/VEDOVA**

DEL NOTAIO _____ **Precisare se IN ATTIVITA' IN PENSIONE DECEDUTO**

COMUNICO IL CODICE IBAN PER GLI EVENTUALI FUTURI RIMBORSI

I	T																										
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

RICHIEDO DI ADERIRE AL PIANO SANITARIO: **IN FORMA SINGLE** **INSERENDO I SEGUENTI FAMILIARI**

(per nucleo familiare si intende: il coniuge non legalmente separato, o in alternativa il convivente more uxorio e i figli fino a 30 anni d'età indipendentemente dal luogo di residenza purchè a carico. I figli diversamente abili sono sempre compresi indipendentemente dall'età)

CONIUGE/CONVIVENTE MORE UXORIO:

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 _____

FIGLIO/A : COGNOME _____ NOME _____ SESSO M F

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

**PRESO ATTO CHE IL PIANO SANITARIO PREVEDE TRE ANNI DI CARENZA PER RICHIESTE DI RIMBORSO
RICONDUCIBILI ALLA CURA DI PATOLOGIE PREGRESSE**

SULLA BASE DELLE INFORMAZIONI RESE ADERISCO AL PIANO:

NOTAI IN SERVIZIO 2019 SINGLE RATA ANNUALE rata unica € 1.205,00
 RATA SEMESTRALE prima rata € 635,00 seconda rata € 570,00
 RATA MENSILE prima rata € 350,00 rate successive € 95,00

NOTAI IN SERVIZIO 2019 NUCLEO RATA ANNUALE rata unica € 2.153,00
 RATA SEMESTRALE prima rata € 2.009,00 seconda rata € 1.044,00
 RATA MENSILE prima rata € 587,00 rate successive € 174,00

NOTAI IN PENSIONE 2019 SINGLE RATA ANNUALE rata unica € 1.805,00
 RATA SEMESTRALE prima rata € 935,00 seconda rata € 870,00
 RATA MENSILE prima rata € 500,00 rate successive € 145,00

NOTAI IN PENSIONE 2019 NUCLEO RATA ANNUALE rata unica € 3.185,00
 RATA SEMESTRALE prima rata € 1.625,00 seconda rata € 1.560,00
 RATA MENSILE prima rata € 845,00 rate successive € 260,00

N.B. Per i pagamenti in forma frazionata, la prima rata comprende la quota associativa (€ 25,00) 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 MUTUA MBA SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO – SOCIETA' COOPERATIVA PER AZIONI

CAUSALE NUOVA ADESIONE FEDERNOTAI ... COGNOME E NOME

LE RATE SUCCESSIVE (per i pagamenti frazionati) 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 _____





AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT (1)

RIFERIMENTO MANDATO (2)	
Cod. Azienda Sia	Cod. assegnato dall'Azienda creditrice al debitore
A W 2 7 0	
Da compilare a cura del Creditore	

DATI IDENTIFICATIVI DEL CREDITORE	
Ragione Sociale:	MUTUA MBA • SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO SOCIETÀ COOPERATIVA PER AZIONI
Sede Legale:	Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) - Italia
Codice identificativo del Creditore:	IT450050000097496810587

DATI IDENTIFICATIVI DEL DEBITORE (intestatario del conto corrente)	
Cognome e Nome/Ragione Sociale:	
Indirizzo (via, cap, città, provincia):	
Codice fiscale/Partita IVA:	
Codice IBAN del conto corrente:	

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)
Il Debitore autorizza il creditore ad effettuare l'addebito nei 10 giorni antecedenti la scadenza della singola rata o del sussidio sanitario sottoscritto.

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOTTOSCRITTORE (4) (da compilare se il sottoscritto non coincide con il titolare del conto corrente)	
Cognome e Nome:	
Codice fiscale/Partita IVA:	



Luogo _____ **Data** _____ **Il richiedente** _____

REVOCA	
Il Debitore revoca l'autorizzazione permanente di addebito in c/c sopra riportata, relativa agli addebiti diretti RID inviati dall'Azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda creditrice o aggiornate d'iniziativa dell'Azienda stessa.	
Luogo _____	Data _____ Il richiedente _____

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

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A: MUTUA MBA • SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO SOCIETÀ COOPERATIVA PER AZIONI Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) Tel. 06.90198060 - Fax 06.61568364 o 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 MUTUA MBA • SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO SOCIETÀ COOPERATIVA PER AZIONI 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

AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO TRAMITE CARTA DI CREDITO	
Il richiedente autorizza la MUTUA MBA SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO SOCIETÀ COOPERATIVA PER AZIONI ad effettuare le operazioni di prelievo sulla carta di credito per le quote di pagamento relative al sussidio sottoscritto.	
Nome e Cognome del titolare della carta credito: _____	
Tipo carta: [] Visa [] Mastercard	Numero della carta di credito: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ Scadenza carta: _ _ _ _
Codice Fiscale: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
La MUTUA MBA SOCIETA' DI MUTUO SOCCORSO SOCIETÀ COOPERATIVA PER AZIONI si impegna a distruggere la sezione "Pagamento con carta di credito" non appena l'operazione sarà andata a buon fine.	Il richiedente _____

IL 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, 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 contributo relativo al Piano Sanitario.

Accetta espressamente che tutte le comunicazioni inerenti al rapporto Associativo, le prestazioni previste nei Sussidi Sanitari prescelti, incluse le comunicazioni relative ad eventuali modifiche apportate di cui alla successiva lettera C) vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo di adesione.

Dichiara, inoltre, di accettare espressamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ. le seguenti condizioni:

A) Durata e tacito rinnovo. 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 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 Società di Mutuo Soccorso Società Cooperativa per Azioni, 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) Modifiche deliberate dal Consiglio di amministrazione. 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 recesso.

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) Perdita delle prestazioni sanitarie per morosità. Decadenza dalla qualifica di Socio. 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) Decadenza dal diritto al rimborso. La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso.

G) Tentativo di conciliazione e foro competente. Ai sensi dell'Art. 46 dello Statuto: "46.1. Tutti i Soci, gli Amministratori, i Sindaci e la Società assumono l'obbligo di esperire un tentativo di conciliazione, qualora insorgano eventuali controversie fra i medesimi soggetti, che abbiano per oggetto diritti disponibili relativi al rapporto sociale, anche in relazione ad una diversa interpretazione del presente Statuto. 46.2. Il conciliatore dovrà essere nominato, entro trenta giorni dalla richiesta fatta dalla parte più diligente, dall'Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare – ANSI. 46.3. Nel caso di mancata nomina nei termini, vi provvederà, su istanza della parte più diligente, il Presidente del Tribunale di Roma. 46.4. Esperito infruttuosamente il tentativo di conciliazione, ogni e qualsivoglia controversia di cui sopra sarà devoluta alla competenza esclusiva del foro di Roma".

Luogo e data

Firma del richiedente



Il richiedente, previa rilettura, approva espressamente, a norma degli artt. 1341 e 1342 c.c., le condizioni di cui alle precedenti lettere **A) Durata e tacito rin- novo; B) Revoca; C) Modifiche deliberate dal Consiglio di amministrazione; D) Spese aggiuntive; E) Perdita delle prestazioni sanitarie per morosità. Decadenza dalla qualifica di Socio; F) Decadenza dal diritto al rimborso; G) Tentativo di conciliazione e foro competente.**

Luogo e data

Firma del richiedente



INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) e CONSENSO DELL'INTERESSATO

Gentile Interessato,
di seguito le forniamo alcune informazioni che è necessario portare a 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.
Questa informativa descrive come noi raccogliamo e trattiamo i suoi dati personali in qualità di socio, necessari per fornirle i servizi previsti dallo Statuto, dal Regolamento Applicativo di MUTUA MBA e dalla normativa vigente.

Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è la Mutua MBA Società di Mutuo Soccorso Società Cooperativa per Azioni (di seguito anche "MUTUA MBA"), via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 06.90198060; PEC mbamutua@legalmail.it.

Responsabile della protezione dei dati personali ("Data Protection Officer o DPO")

Il DPO, nominato dal Titolare, è contattabile ai seguenti recapiti: dpo@mbamutua.it

Dati trattati, finalità, base giuridica e tempo di conservazione:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica	Tempo di conservazione
<p>Anagrafica e gestione soci Gestione della domanda di ammissione a socio e dei diritti, degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Applicativo di MUTUA MBA; raccolta documentazione in modalità cartacea, o mediante sottoscrizione tramite tablet oppure attraverso la registrazione nell'area riservata MBA; 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).</p>	<p>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.) e dati sanitari (anamnesi medica)</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso; (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); adempimento di obblighi di legge (art. 6, par. 1 lett c) GDPR); consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Prestazione di sussidi sanitari Valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dall'Associato, come previsto dal Piano Sanitario prescelto (prestazioni sanitarie in forma indiretta)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale. Coordinate bancarie e dati sanitari</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta Autorizzazione mediante l'accesso alla Rete Convenzionata messa a disposizione da MUTUA MBA anche per il tramite del proprio Service Provider (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).</p>	<p>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.); Coordinate bancarie.</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

<p>Attività di informazione istituzionale e promozione della mutualità</p> <p>l'invio di materiale informativo dell'attività svolta da MUTUA MBA e di enti convenzionati, anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail); invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, comunicazione di tutte le iniziative finalizzate a migliorare la vita dei soci ed i loro familiari socialmente, culturalmente e fisicamente, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato.</p>	<p>Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR)</p>	<p>Fino alla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Apposizione firma elettronica avanzata i cui dati personali connessi a caratteristiche biometriche comportamentali vengono acquisiti tramite speciali tavolette grafometriche (tablet), in grado di elaborare una serie di parametri dinamici quali la scansione temporale di posizione, la velocità e la pressione della penna, l'accelerazione, i salti in volo. Tali dati sono trattati dal titolare del trattamento ai fini della sottoscrizione di documenti informatici secondo quanto stabilito dal CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale - D.lgs 82/2005)</p>	<p>- nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; - dati biometrici;</p>	<p>Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati:

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, MUTUA MBA 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, Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo della MUTUA MBA o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici), al service provider per la finalità di Prestazione di sussidi sanitari e per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma diretta; 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 MBA ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo privacy@mbamutua.it.

Modalità di trattamento

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico ed 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 del trattamento, 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.).

I dati acquisiti per le finalità sopra indicate sono trattati in modo lecito, corretto e trasparente e gli stessi essendo raccolti per finalità determinate, non potranno successivamente essere trattati in modo che sia incompatibile con tali finalità.

In riferimento alle "categorie particolari" di dati personali (dati relativi alla salute, dati relativi all'origine razziale ed etnica ecc...), precisiamo che il conferimento di alcuni di essi è necessario per dar seguito alle richieste dell'Interessato e per eseguire le prestazioni contrattuali, pertanto il mancato conferimento dei suddetti dati potrebbe determinare l'impossibilità per MUTUA MBA di adempiere le proprie prestazioni.

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 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;
- 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;
- 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 alla MUTUA MBA, con sede in Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM), IT – raggiungibile anche all'indirizzo privacy@mbamutua.it.

Conferma di lettura dell'informativa privacy e consenso al trattamento dei dati personali:

- Io sottoscritto, _____
- o dichiaro di aver preso visione dell'Informativa (ex art. 13 GDPR) e di averne compreso il contenuto.
 - o acconsento al trattamento dei dati personali di natura particolare (a titolo esemplificativo dati relativi alla salute, dati sull'origine razziale ed etnica) per la finalità di autorizzazione alla erogazione di prestazioni sanitarie, di sussidi per spese sanitarie, di contributi economici e servizi di assistenza.
 - o acconsento al trattamento dei dati biometrici rilevati all'apposizione della firma (FEA) tramite tavoletta grafica

Luogo e Data _____ Firma del richiedente _____



il richiedente inoltre:

Accetta espressamente che tutte le comunicazioni inerenti al rapporto Associativo, le prestazioni previste nei Sussidi Sanitari prescelti, vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo di adesione.

Luogo e Data _ **Il richiedente** _



GUIDA ALLA COMPILAZIONE

IL MODULO DI ADESIONE SI COMPONE DI SETTE FACCIATE (esclusa la presente) CHE DEVONO ESSERE LETTE/COMPILATE 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 **AVENDO CURA DI PORRE SOLO LA PRIMA FIRMA RICHIESTA (vedi freccia)**

QUARTA FACCIATA

DA LEGGERE e **SOTTOSCRIVERE IN CALCE**

QUINTA FACCIATA

DA LEGGERE e **SOTTOSCRIVERE IN ALTO**

SESTA FACCIATA

DA LEGGERE

SETTIMA FACCIATA

INSERIRE NOME COGNOME E **PORRE LUOGO DATA E FIRMA DUE VOLTE**

AL PRESENTE MODULO DI ADESIONE -CHE SI COMPONE DI SETTE PAGINE- DEVE ESSERE ALLEGATO:

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

TUTTI I DOCUMENTI DEVONO ESSERE INVIATI AL SEGUENTE INDIRIZZO MAIL:

salutefedernotai@gmail.com