

DOMANDA DI ADESIONE MUTUA BASIS ASSISTANCE ALLA CONVENZIONE FDL 2015

SOCIO FRUITORE (persona fisica – estensione del nucleo familiare)

Domanda di adesione numero _____ Codice promotore mutualistico _____

Dati del richiedente (obbligatorio allegare un documento d'identità valido)

| | | | | | |
|--|------------------|--|-------------|--|--------------------------------|
| * Cognome | | * Nome | | Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| *Luogo di nascita | Prov. | *Data di nascita __/__/____ | Nazionalità | * 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 __/__/____ |

| SUSSIDI (formula "Single") | Estensione nucleo familiare * | SUSSIDI (formula "Single") | Estensione nucleo familiare * | Frazionamento del pagamento |
|--|---|---|-------------------------------------|--|
| BASE 1 <input type="checkbox"/> € 880,00 | <input type="checkbox"/> € 880,00 per ciascun familiare in aggiunta al contributo per il titolare | SENIS A <input type="checkbox"/> € 1.200,00 | <input type="checkbox"/> € 2.088,00 | Il pagamento del contributo è annuale, fatta salva la possibilità di frazionamento semestrale in due rate. (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. <input type="checkbox"/> annuale <input type="checkbox"/> semestrale |
| BASE 2 under 81 <input type="checkbox"/> € 760,00 over 81 <input type="checkbox"/> € 912,00 | under 81 <input type="checkbox"/> € 1.240,00 over 81 <input type="checkbox"/> € 1.690,00 | SENIS A LIGHT <input type="checkbox"/> € 864,00 | <input type="checkbox"/> € 1.500,00 | |
| SALUS B <input type="checkbox"/> € 960,00 | <input type="checkbox"/> € 1.560,00 | SENIS B <input type="checkbox"/> € 1.668,00 | <input type="checkbox"/> € 2.868,00 | |
| SALUS C <input type="checkbox"/> € 1.560,00 | <input type="checkbox"/> € 2.280,00 | SENIS B LIGHT <input type="checkbox"/> € 1.224,00 | <input type="checkbox"/> € 2.100,00 | |
| SALUS C LIGHT PLUS <input type="checkbox"/> € 1.200,00 | <input type="checkbox"/> € 1.740,00 | LTC Tutela 1 <input type="checkbox"/> € 420,00 | <u>Non prevista</u> | |
| SALUS D LIGHT <input type="checkbox"/> € 1.500,00 | <input type="checkbox"/> € 2.892,00 | LTC Tutela 2 <input type="checkbox"/> € 815,00 | <u>Non prevista</u> | |

* l'estensione al nucleo familiare – così come prevista ai sensi dei regolamenti specifici dei singoli sussidi

Riepilogo Quote e contributi

| | |
|---|--------------------|
| Quota associativa annuale | € 15,00 |
| Contributo complessivo | € _____, 00 |
| TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE | € _____, 00 |

Modalità di pagamento prescelta per la prima rata

- Bonifico Bancario intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance **IBAN: IT 72 V 03359 01600 100000063432**
 Assegno Bancario non trasferibile n° _____ intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance

Modalità di pagamento per rate successive

- Rid Bancario (Compilare correttamente lo specifico modello per il versamento delle rate successive tramite addebito automatico sul rid bancario)
 Carta di Credito (Compilare correttamente lo specifico modello per per il versamento delle rate successive tramite addebito automatico su carta di credito)

Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto i propri familiari

Per la definizione di familiare si veda il regolamento del Sussidio Sanitario prescelto

Dati anagrafici dei famigliari da garantire

| Nome (*) | Cognome (*) | Data di Nascita | Luogo di nascita | Codice fiscale (*) | Parentela | Residente (*) | Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% (*) |
|----------|-------------|-----------------|------------------|--------------------|-----------|---|--|
| | | __/__/____ | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | __/__/____ | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | __/__/____ | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| | | __/__/____ | | | | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

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** _____

INFORMATIVA PRIVACY
AI SENSI DELL'ART. 13 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, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

I dati personali da Lei forniti verranno trattati per:

(a) **finalità 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 e del Regolamento di MBA;

(b) **finalità gestionali**, quali attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), per l'invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività svolta da MBA 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.).

2. Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" e come tali idonei a rivelare lo stato di salute. Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dalla normativa vigente, ha le seguenti finalità: (a) 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 MBA e/o della 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).

3. Il trattamento sarà effettuato con le seguenti **modalità**: 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. 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.

4. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai sensi delle vigenti norme, dello Statuto e del Regolamento di MBA per porre in essere il rapporto associativo e consentire la gestione del rapporto medesimo. Il mancato conferimento dei dati e della autorizzazione al trattamento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto associativo.

5. I dati da Lei conferiti non saranno in alcun modo diffusi, salvo i casi indicati ai successivi punti 6 e 7.

6. I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati, per le finalità indicate ai punti 1 e 2, ai seguenti soggetti:

- soggetti ai quali la MBA può affidare l'espletamento di attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, A.N.S.I., Associazioni di categoria, Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolitografie e Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo di MBA o di altri organismi convenzionati o enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
- StemWay Biotech, CoopSalute S.C.p.A., o altre Società terze alle quali MBA può affidare il servizio di gestione delle richieste di rimborso delle spese mediche o la gestione di ulteriori servizi garantiti ai propri Associati;
- altri soggetti terzi, ai fini di adempiere a disposizioni di legge.

I dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistica. Possono, altresì, venire a conoscenza dei suoi dati, in qualità di "responsabili" o "incaricati", le persone fisiche quali i dipendenti, i collaboratori, i consulenti, di MBA o di Società esterne, comunque riconducibili ai soggetti di cui all'elenco su indicato, e che siano coinvolti da MBA nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici)

7. I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati del trattamento da parte di MBA. Potranno venire a eventuale conoscenza gli 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 dell'autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta.

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

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali, ricevere indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità con cui verrà effettuato il trattamento;
- 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.

Luogo e Data _____**Il richiedente** _____**IL RICHIEDENTE INOLTRE:**

Dichiara di aver preso visione del Regolamento del Fondo sanitario, dello statuto e del regolamento applicativo dello Statuto di Mutua Basis Assistance e del Regolamento del Piano Sanitario Sottoscritto; 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 Comitato Esecutivo di MBA ovvero dal giorno di iscrizione al libro soci, a fronte del pagamento della quota associativa e del relativo contributi afferente 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 vengano inviate all'indirizzo mail indicato nel 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 Mutua 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 Mutua Soccorso in generale, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario per le materie di cui al D.Lgs. n. 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 Consiglio 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".

Dichiara, altresì, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 cod. civ., di accettare espressamente che la qualifica di Socio, nonché l'adesione ad uno dei Piani Sanitari prescelti ha durata di un anno, decorrente dalla data di delibera del Comitato Esecutivo di MBA successiva alla presentazione delle presente Domanda di Adesione; alla prima scadenza annuale, la qualifica di Socio e l'adesione all'eventuale Sussidio Sanitario, si intenderanno tacitamente rinnovate, di anno in anno (di biennio in biennio), in mancanza di disdetta, da inviarsi alla sede legale di MBA in forma scritta, ed a mezzo di raccomandata a.r. o e-mail pec, da inviarsi almeno 60 giorni prima della relativa scadenza annuale; l'erogazione delle prestazioni è in ogni caso subordinata al corretto pagamento della Quota Associativa e del Contributo Aggiuntivo del Sussidio Sanitario prescelto.

Revoca: il sottoscrittore della domanda di adesione alla 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. alla Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance, Via di Santa Cornelia, 9 – 00060 Formello (RM). Il sottoscrittore esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato, ha diritto al rimborso degli importi versati ad MBA, a titolo di contributo associativo annuale, di quota associativa di base annuale e di contributo aggiuntivo relativo al Sussidio scelto. Per l'operazione di rimborso, la Società Generale di Mutuo Soccorso 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 momento della presentazione della prima domanda di ammissione; è pertanto preclusa la revoca al momento del rinnovo annuale della qualifica di Socio o del Sussidio Sanitario prescelto.

Spese aggiuntive: per ogni versamento della quota associativa, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, la 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.

Luogo e Data _____**Il richiedente** _____