

DOMANDA DI ADESIONE A:

SOCIO FRUITORE
(SOCIO/DIPENDENTE PERSONA FISICA
DI UN SOCIO ADERENTE DI MBA)

CONVENZIONE: FESMED

Domanda di iscrizione numero		Codice promotore mutualistico	
Dati del richiedente			
Cognome/Ragione Sociale		Nome (in caso di azienda inserire Nome e Cognome del legale rapp.)	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Luogo di nascita	Prov.	Data di nascita _/_/	Nazionalità
Indirizzo domicilio		CAP	Località/Frazione
Telefono	Cellulare	E-mail	
Tipo documento <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAT. <input type="checkbox"/> PASS.	Numero documento	Ente di rilascio	Data di rilascio _/_/
Professione	Data di scadenza _/_/		
Scelta del sussidio			
Sussidio scelto	Copertura scelta	Frazionamento del pagamento	
_____ € _____	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	Tipo frazionamento: _____	
_____ € _____	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	(I frazionamenti possibili sono consultabili nelle schede tecniche dei sussidi)	
_____ € _____	<input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	E' obbligatorio compilare i modelli di addebito RID su carta di credito o conto corrente bancario.	
Riepilogo quote e contributi associativi per richiedente socio fruitore			
Opzioni di pagamento	Quota associativa socio fruitore	€ 15,00	
	Quota Sussidio (Nucleo/Singolo)	€ _____,00	
	TOTALE QUOTA DA VERSARE	€ _____,00	
Modalità di pagamento			
<input type="checkbox"/> Rid Bancario (compilare correttamente il modello allegato per pagamento con rid bancario)			
<input type="checkbox"/> Carta di credito (compilare correttamente il modello allegato per pagamento con carta di credito)			
<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance - IBAN: IT 72 V 03359 01600 10000063432			
<input type="checkbox"/> Bonifico Postale intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance - IBAN: IT 57 T 07601 03200 000006284022			
<input type="checkbox"/> Bollettino di Conto Corrente Postale intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance - CC Numero: 6284022			
<input type="checkbox"/> Assegno Circolare o Bancario non trasferibile n° _____ intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance			

Autorizzo la Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance ad utilizzare il mio indirizzo e-mail per tutte le comunicazioni di qualunque natura e contenuto trasmesse d'ora in poi al sottoscritto. Dichiaro di aver preso visione della Privacy, dello Statuto ed in modo particolare del Regolamento Applicativo Interno della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance, riportante in modo sintetico le condizioni, i termini ed i limiti dei sussidi erogabili agli associati e scelti, a seguito di mia richiesta individuale. Sono altresì stato informato che le formule dettagliate delle prestazioni erogabili, sono liberamente consultabili presso la Sede della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance, sita in Formello (Rm), Via di Santa Cornelia 9 e si intende sin d'ora considerata l'unica normativa contrattuale ufficiale, cui far riferimento in caso di controversie di qualsiasi natura. L'efficacia dei sussidi avrà effetto unicamente dal giorno di ratifica da parte del CDA della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance ovvero dal giorno della sua iscrizione al libro soci.

In caso di adesione a Socio Ordinario, dichiaro di voler aderire alla Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance e mi impegno, qualora la mia richiesta venga accolta, a versare la quota associativa minima di € 25,00 e il contributo associativo base di € 40,00 con la modalità prescelta.

In caso di adesione a Socio Partecipante, l'azienda si impegna a versare il contributo associativo di base annuale, variabile a seconda del numero dei dipendenti.

In caso di adesione a Socio Fruitore, dichiaro di voler aderire alla Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance e mi impegno a versare la quota associativa di € 15,00

ACCONSENTO/ACCONSENTIAMO

Al trattamento dei dati personali che mi/ci riguardano, funzionali al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance.

Per quanto riguarda il trattamento dei dati "sensibili", eventualmente acquisiti dalla Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance per l'esecuzione delle operazioni e dei contratti con la stessa, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale alla specifica finalità perseguita dall'operazione o dai servizi da me/noi richiesti e il loro eventuale trasferimento a terzi.

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:

a) Revoca

Il sottoscrittore della domanda di adesione alla MBA può esercitare il diritto di revoca entro 10 giorni dalla sottoscrizione, 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 il diritto al rimborso dell'intera quota sottoscritta, corrispondente al contributo associativo di base annuale, alla quota associativa di base annuale (non detraibile) e la quota sussidio (copertura sussidio scelto).

Per l'operazione di rimborso, la Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance storerà dall'importo della quota il costo relativo all'operazione bancaria da effettuarsi, determinato in € 1,50.

b) 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.

Data _____

Il 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 da Lei forniti verranno trattati per le seguenti **finalità**: istituzionali, relative cioè alla gestione della domanda di ammissione a socio e di tutti i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualità di socio, a norma di legge, di statuto e di regolamento; gestionali per l'amministrazione del rapporto associativo, per eventuali contenziosi (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), per l'invio di materiale, informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività della Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance e di organismi convenzionati (invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, ecc.)
- Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire: **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**: consentire di procedere al riconoscimento, all'indennizzo di quanto in copertura con il sussidio prescelto, o all'autorizzazione ad effettuare prestazioni sanitarie in forma diretta presso centri sanitari convenzionati con Winsalute (es. acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla richiesta di rimborso delle spese sanitarie riconosciute dalla Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance, o l'autorizzazione ad effettuare in forma diretta presso centri convenzionati).
- 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 garantirLe 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.
- Il **conferimento dei dati personali è obbligatorio** ai sensi delle vigenti norme dello Statuto e del Regolamento della Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance per porre in essere il rapporto associativo e consentire gli indennizzi dovuti. **Il loro mancato conferimento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto associativo.**
- I dati da Lei conferiti non saranno in alcun modo diffusi, salvo i casi indicati ai successivi punti 6 e 7.**
- I dati comuni potranno essere comunicati a soggetti di cui la Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance si può servire per il migliore espletamento delle attività e dei servizi di cui al punto 1) (ad es.: Banche per le operazioni che la riguardano, Ansi, Winsalute S.p.A., altre Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Tipolitografie 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, altri enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte, studi professionali), nonché altri soggetti in ottemperanza di disposizioni di legge. I dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistica.
- I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati del trattamento della Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance. Potranno venire a eventuale conoscenza gli Istituti Tesorieri e loro incaricati ai fini esclusivi delle operazioni relative ad invio degli assegni o accredito bonifici di rimborso e sussidio come da mandato della Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance (compilazione causale con descrizione generica prestazioni a cui si riferisce il rimborso o il sussidio); o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio dell'autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta.
- Il titolare del trattamento è Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance in persona del Presidente legale rappresentante pro-tempore, - Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM). Il responsabile designato del trattamento è il Direttore pro-tempore della Società Generale di Mutuo Soccorso Mutua Basis Assistance.
- In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi art. 7 del D.Lgs. 196/2003, il cui testo è di seguito interamente riportato:

SOCIETÀ GENERALE DI MUTUO SOCCORSO MUTUA BASIS ASSISTANCE - Art. 7 D.Lgs. 196/2003 (Diritti di accesso ai dati personali ed altri diritti)

- Il richiedente ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
- Il richiedente ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - Dell'origine dei dati personali;
 - Delle finalità e modalità del trattamento;
 - Della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - Degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art.5 co. 2;
 - Del soggetto e delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possano venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- Il richiedente ha diritto di ottenere:
 - L'aggiornamento, la rettificazione, ovvero quando via ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - La cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - L'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccetto il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- Il richiedente ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - Per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - Al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ai fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Il/La richiedente, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.Lgs. 196/2003, vale a dire idonei a rilevare lo stato di salute.

Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Il richiedente, inoltre:

Autorizza la Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance ad utilizzare il suo indirizzo e-mail per ricevere tutte le comunicazioni inerenti la qualifica di socio.

Dichiaro di aver preso visione della Privacy, dello Statuto ed in modo particolare del Regolamento Applicativo Interno della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance e del regolamento aggiuntivo del sussidio sottoscritto. E' altresì stato informato che le formule dettagliate delle prestazioni erogabili, sono liberamente consultabili presso la Sede della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance, sita in Roma, Via Gemona dei Friuli 20 e si intende sin d'ora considerata l'unica normativa contrattuale ufficiale, cui far riferimento in caso di controversie di qualsiasi natura. L'efficacia dei sussidi avrà effetto unicamente dal giorno di ratifica da parte del CDA della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance ovvero dal giorno della sua iscrizione al libro soci.

Dichiaro, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., di aver preso visione e di approvare specificatamente le clausole di cui all'art. 33 dello Statuto "Clausola Compromissoria" e "Foro Esclusivo"

Luogo e Data _____

Il richiedente _____

AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO TRAMITE R.I.D.

Il richiedente autorizza la banca ad addebitare sul c/c identificato dall'IBAN sotto riportato, nella data di scadenza indicata dalla Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance tutti gli addebiti diretti RID inviati dalla stessa e contrassegnati dalle coordinate della mutua.

Banca di appoggio: _____

Coordinate della mutua (codice SIA + N° adesione): | AW270 | _____ | IBAN: | |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| _____

Intestatario del conto corrente (In caso di azienda, Ragione Sociale + Nome e Cognome del legale rappresentante): _____

Codice Fiscale : |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| _____

Luogo e Data _____

Il richiedente _____

AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO TRAMITE CARTA DI CREDITO

Il richiedente autorizza la Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance 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 di credito: _____

Tipo carta: Visa Mastercard Numero della carta di credito: |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| | Scadenza carta: |_| |_| _____

Codice Fiscale: |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| |_| _____

La Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance si impegna a distruggere la sezione "Pagamento con carta di credito" non appena l'operazione sarà andata a buon fine.

Il richiedente _____