

DOMANDA DI ADESIONE AL PIANO MUTUALISTICO INTEGRATION

DOMANDA DI ADESIONE N°:					
Promotore		RETE			
DATI DEL SOCIO INVITANTE					
Cognome		Nome		Sesso	Nazionalità
					Data di Nascita __/__/____
Luogo di Nascita		Prov	Codice Fiscale		
Indirizzo		CAP	Località		Prov.
Telefono		Cellulare		Email	
Documento di riconoscimento		Data di rilascio	Data di scadenza	Ente di Rilascio	Numero doc.
		__/__/____	__/__/____		
DATI DEL SOCIO INVITATO					
Cognome		Nome		Sesso	Nazionalità
					Data di Nascita __/__/____
Luogo di Nascita		Prov	Codice Fiscale		
Indirizzo		CAP	Località		Prov.
Telefono		Cellulare		Email	
Documento di riconoscimento		Data di rilascio	Data di scadenza	Ente di Rilascio	Numero doc.
		__/__/____	__/__/____		
PRESTAZIONI GARANTITE					
Qualora, a seguito del mancato adempimento da parte del Socio invitante, degli obblighi di cui l'art. 4 comma 3 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 il Socio Invitato nominativamente indicato nel modulo di Adesione dovesse trovarsi in condizione di gravissimo disagio economico o dovesse sostenere delle cure mediche urgenti e non procrastinabili e/o un ricovero ospedaliero di urgenza, conseguenti a infortunio o malattia non preesistente, Salva Società di Mutuo Soccorso liquiderà con le modalità previste dal regolamento sottoscritto i seguenti sussidi:					
SUSSIDI RELATIVI A				VALORE MASSIMO DEL SUSSIDIO	
MEZZI DI SUSSISTENZA				€ 5.422,80	
RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO				€ 30.000,00	
RIMBORSO SPESE SANITARIE DA MALATTIA				€ 30.000,00	
RIMPATRIO DELLA SALMA				€ 5.000,00	
DURATA PIANO					
Data Decorrenza	Data Scadenza	Durata del Piano	Frazionamento	Tacita Proroga	
__/__/____	__/__/____	Temporanea	Unico	No	
GARANZIE					
GARANZIE					6 MESI
Mezzi di Sussistenza	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	€ 145,00 <input type="checkbox"/>
Spese Sanitarie	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	€ 175,00 <input type="checkbox"/>
Mezzi + Spese	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>	€ 320,00 <input type="checkbox"/>
COSTO DEL PIANO INDENNITARIO					
Contributo Associativo annuale socio invitante				€ 5,00	
Contributo Associativo annuale socio invitato				€ 5,00	
Contributo Sussidio Integration prescelto				€ _____,00	
TOTALE QUOTA DA VERSARE				€ _____,00	

PIANO MUTUALISTICO INTEGRATION

Io sottoscritto _____ in proprio e per conto del Sig. / Sig.ra _____, chiedo:

- di aderire in proprio e per conto del Sig./Sig.ra _____ a Salva – Società di Mutuo Soccorso (da ora anche "SALVA SMS"), in qualità di Socio ordinario;
- in caso di accettazione della domanda da parte del Consiglio di Amministrazione di Salva, di aderire in proprio e per conto del Sig./Sig.ra _____ al Piano Mutualistico Integration (da ora anche il "Piano"),
 - ✓ accettando integralmente lo Statuto, il Regolamento interno ed il Regolamento Aggiuntivo al Regolamento interno relativo al Piano, di cui ho avuto copia e che dichiaro di conoscere, per averli già letti, impegnandomi ad osservarli integralmente e ad accettarne sin d'ora, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, ogni variazione, che fosse approvata dalla competente Assemblea, come pure ogni altra disposizione legalmente assunta dal Consiglio di Amministrazione di SALVA SMS, con particolare ma non esclusivo riferimento alle deliberazioni concernenti la determinazione delle prestazioni dei Piani Mutualistici, nonché dei contributi associativi e
 - ✓ impegnandomi a corrispondere a Salva SMS, esclusivamente mediante bonifico bancario intestato a Salva Società di Mutuo Soccorso – Viale del Lavoro, 2/G - 30010 Vigonza (PD) - C.F. e P.I.V.A. 04689260281 c/o Banca Unicredit IBAN **IT 35 N 02008 36282 000102576225**, il costo di adesione al Piano stesso.

Preso visione del **Regolamento interno**, il sottoscritto accetta espressamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile i seguenti articoli:

14. (Limite di età); 15. (Decorrenza e durata del diritto ai sussidi e ai servizi mutualistici relativi ai Contributi aggiuntivi); 16. Pagamento dei contributi associativi; 17. (Revoca); 18. (Recesso); 19. (Recesso dai contributi aggiuntivi); 20. (Esclusione dal diritto ai sussidi); 23. (Perdita dei sussidi per morosità. Decadenza dalla qualifica di Socio); 25. (Documentazione richiesta per le domande di sussidio); 28. (Esclusione di responsabilità di Salva per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati); 29. (Adesione a più prestazioni aggiuntive).

Luogo, data _____

 Il richiedente _____

Preso visione del Regolamento Aggiuntivo al Regolamento interno relativo al Piano Mutualistico Integration, il sottoscritto accetta espressamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile i seguenti articoli:

Condizioni Generali del Piano Mutualistico:

2. (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); 3. (Pagamento del contributo e decorrenza della copertura); 4. (Estensione territoriale); 7. (Forma delle comunicazioni); 8. (Essenzialità dei termini).

Luogo, data _____

 Il richiedente _____

Condizioni particolari del Piano Mutualistico

Sezione A - Norme relative al settore Mezzi di Sussistenza:

11. (Mezzi di sussistenza); 12. (Esclusioni); 13. (Richiesta di erogazione del sussidio per mezzi di sussistenza); 14. (Limite massimo dei sussidi e dei rimborsi); 15. (Diritto di Ripetizione);

Sezione B - Norme relative al settore Rimborso Spese Mediche - Condizioni Aggiuntive:

16. (Rimborso spese sanitarie); 17. (Estensione ed erogazione del sussidio per rimpatrio della salma); 18. (Rischi esclusi); 19. (Limite di età); 20. (Richiesta di erogazione del Rimborso spese Mediche e del sussidio per rimpatrio della salma).

Luogo, data _____

 Il richiedente _____

Formula di consenso al trattamento dei dati personali

II/La sottoscritto/a, 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 i dati idonei a rilevare lo stato di salute, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nella informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Luogo, 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:

1. istituzionali, relative cioè alla gestione della domanda di ammissione ad associato e di tutti i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualità di associato, 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 di Salva Società di Mutuo Soccorso (da ora anche "Salva") e di organismi convenzionati.
2. Il trattamento potrà riguardare anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili", vale a dire: idonei a rivelare lo stato di salute.
3. Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dalla normativa vigente, ha le seguenti finalità: consentire di procedere al riconoscimento, alla liquidazione e al pagamento dei rimborsi e dei sussidi delle spese sanitarie sostenute, o all'autorizzazione ad effettuare prestazioni sanitarie in forma diretta presso centri sanitari gestiti o co-gestiti da Salva (es. acquisizioni di documentazione sanitarie, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esecuzione di visite mediche esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie riconosciute da Salva, o l'autorizzazione ad effettuarle in forma diretta presso le strutture gestite o co-gestite da Salva).
4. 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.
5. Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai sensi delle vigenti norme dello Statuto e del Regolamento interno di Salva per porre in essere il rapporto associativo e consentire il conseguimento dei rimborsi e dei sussidi. Il loro mancato conferimento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto associativo.
6. I dati da Lei conferiti non saranno in alcun modo diffusi.
7. I dati comuni potranno essere comunicati a soggetti di cui Salva si potrà servire per il migliore espletamento delle sue attività e servizi di cui al punto 1 (es. banche per le operazioni che la riguardano, altre Società cui la Mutua eventualmente aderisce, strutture sanitarie, ente postelegrafonico, società di recupero crediti, compagnie di assicurazione, società di brokeraggio, agenzie di assicurazione, imprese di manutenzione/riparazione delle apparecchiature informatiche, studi professionali e/o legali, ecc.).
8. I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati del trattamento di Salva. Potranno venirne 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 di Salva (compilazione causale con descrizione prestazioni a cui si riferisce il rimborso o il sussidio); o le strutture sanitarie gestite o co-gestite per il rilascio dell'autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta.
9. Il titolare del trattamento è Salva in persona del Presidente legale rappresentante, - Viale del Lavoro 2/G 35010 Vigonza (Pd). Il responsabile designato del trattamento è il Presidente di Salva Società di Mutuo Soccorso.
10. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art 7 del D.Lgs. 196/2003, il cui testo è di seguito interamente riportato:

ART. 7 D.lgs. 196/2003 (Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti).

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) 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;
 - c) 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, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.