

DOMANDA DI ADESIONE A MUTUA SICURA IN QUALITÀ DI SOCIO ORDINARIO

Domanda di iscrizione n.	Convenzione/Ente di appartenenza
--------------------------	----------------------------------

DATI DEL RICHIEDENTE (i campi contrassegnati con * sono obbligatori)						
*Cognome		*Nome			*Sesso M F	
*Luogo di nascita	Prov. nascita	*Data di nascita	Nazionalità	*Codice Fiscale		
*Indirizzo di residenza			*C.A.P.	*Località/Frazione	*Prov. di residenza	
*Telefono/Cellulare	*Professione		*E-mail/PEC a cui saranno inviate tutte le comunicazioni			
Tipo Documento C.I. PAT. PASS.	N. Documento	Ente di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza		

PIANO SANITARIO	
SUSSIDIO PRESCELTO (versamento dei contributi con possibilità di frazionamento)	FRAZIONAMENTO
Nome sussidio: _____ € _____ <input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	TIPOLOGIA: _____ La prima rata sarà comprensiva della quota d'iscrizione.
Nome sussidio: _____ € _____ <input type="checkbox"/> Singolo <input type="checkbox"/> Nucleo	
RIEPILOGO QUOTE E CONTRIBUTI ANNUALI	
Quota d'iscrizione	€ 25,00
Contributo Totale del Sussidio sanitario prescelto	€ _____
TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE	€ _____

MODALITÀ DI PRIMO PAGAMENTO PRESCELTA
Bonifico Bancario intestato a Mutua Sicura IBAN: IT81F0705641500000030102410 - BIC: CCRTIT2TMUR - Banca di Credito Cooperativo dell'Alta Murgia
MODALITÀ DI PAGAMENTO RATE SUCCESSIVE ALLA PRIMA
Bonifico Bancario intestato a Mutua Sicura IBAN: IT81F0705641500000030102410 - BIC: CCRTIT2TMUR - Banca di Credito Cooperativo dell'Alta Murgia
ALLEGATI: COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

DELEGA DI PAGAMENTO
Il/la sottoscritto/a _____ C. F. _____ residente in _____ Prov. (____) via/p.zza _____ n. _____ tel. _____ beneficiario del sussidio _____ N _____ scadenza ____/____/____ di € _____
DICHIARA
1) di aver delegato il/la Sig./Sig.ra _____ a versare per mio conto a MUTUA SICURA la somma relativa al corrispettivo per il sussidio da me sottoscritto;
2) di aver pagato al Sig. _____ la somma sopra indicata nella seguente modalità: - Assegno bancario circolare con clausola "non trasferibile" di € _____ - Bonifico bancario postale di € _____
Luogo e data _____ In fede (firma leggibile del dichiarante) _____

Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto i seguenti famigliari ("Iscritti Beneficiari"):

DATI ANAGRAFICI DEGLI ISCRITTI DA GARANTIRE (per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo ed il regolamento del Sussidio)						
Iscritto 1	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Iscritto 2	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Iscritto 3	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Iscritto 4	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Iscritto 5	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Iscritto 6	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

I campi contrassegnati con l'asterisco (*) sono obbligatori in caso di inserimento del figlio

Il richiedente dichiara inoltre

Di non avere nessun tipo di malattia pregressa Di avere le seguenti malattie pregresse

Che i familiari/iscritti sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia pregressa Che i familiari/iscritti sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse:

Iscritto 1	Iscritto 2	Iscritto 3	Iscritto 4	Iscritto 5	Iscritto 6

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

IL RICHIEDENTE INOLTRE:

Dichiara di aver preso visione dello Statuto, del Regolamento Applicativo dello Statuto di Mutua Sicura, del Regolamento del Piano Sanitario sottoscritto e della Guida Operativa; si impegna, altresì, ad attenersi a tutte le norme e prescrizioni ivi contenute, nonché a rispettare le previsioni indicate dal Piano Sanitario prescelta e che Mutua Sicura mette a disposizione dello stesso. La decorrenza delle prestazioni e delle coperture, **salvo quanto diversamente pattuito in specifiche Convenzioni, avrà** effetto dal giorno di accoglimento della domanda di adesione da parte del Consiglio di Amministrazione di Mutua Sicura, ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione e del contributo previsto dal Piano Sanitario prescelto.

Accetta espressamente che tutte le comunicazioni inerenti al rapporto associativo, le prestazioni previste nel Piano Sanitario prescelto, le relative ed eventuali modifiche apportate di cui alla successiva lettera D) vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo di adesione.

Dichiara ed accetta ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del cod. civ. le seguenti condizioni:

A) Adesione. La qualifica di Socio nonché la copertura del Piano Sanitario hanno la durata prevista dal Piano Sanitario prescelto con decorrenza dalla data di delibera del Consiglio di Amministrazione di Mutua Sicura successiva alla presentazione della presente domanda di adesione; alla scadenza, la qualifica di Socio e la copertura del Piano Sanitario prescelto, salvo quanto diversamente pattuito nelle Convenzioni, si intenderanno tacitamente rinnovate in mancanza di disdetta, nella forma prevista infra (C); l'erogazione delle prestazioni è in ogni caso subordinata al corretto pagamento della quota di iscrizione, del contributo annuale ed eventuali quote aggiuntive.

B) Diritto di revoca: il sottoscrittore della domanda di adesione a Mutua Sicura può esercitare il diritto di revoca entro 10 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione della domanda di adesione medesima ed a condizione che non sia stata data esecuzione al contratto, inviando lettera raccomandata A/R o PEC a Mutua Sicura, via Cardinale Fini, 87 – 70024 Gravina in Puglia (BA). Il sottoscrittore aderente, esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato ha diritto al rimborso degli importi versati a Mutua Sicura, a titolo di Contributo annuale ed eventuali quote aggiuntive. Per l'operazione di rimborso, Mutua Sicura storerà dall'importo dovuto il costo relativo all'operazione bancaria da effettuarsi determinato in euro 1,50. In ogni caso il diritto di revoca di cui sopra è riconosciuto all'associato unicamente al momento della presentazione della prima domanda di ammissione; è, pertanto, preclusa la revoca al momento del rinnovo annuale della qualifica di Socio del Piano Sanitario prescelto.

C) Diritto di recesso: il Socio può esercitare il diritto di recesso in qualsiasi momento, che avrà efficacia alla scadenza del Piano Sanitario, salvo diversi accordi sottoscritti con Mutua Sicura, inviando raccomandata a/r alla sede legale della Società o una mail PEC almeno 60 gg prima della scadenza. Il Socio recedente non ha diritto alla restituzione di alcuna somma versata.

D) Modifiche Unilaterali. Ferma restando la prevalenza degli obblighi pattuiti nelle Convenzioni sottoscritte, il Consiglio di Amministrazione di Mutua Sicura, a tutela degli interessi di tutti i Soci, ha facoltà di deliberare unilateralmente:

- Variazioni del Contributo annuale per l'adesione ai Piani Sanitari, nonché variazione della Quota di iscrizione per l'adesione a Mutua Sicura;
- Modifiche relative alle prestazioni sanitarie individuate nelle Coperture Sanitarie 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.

E) Sospensione e decadenza del socio moroso. Il ritardato pagamento dei contributi da parte del socio comporta la sospensione delle erogazioni delle Prestazioni dalla data di inizio dell'omissione contributiva. Mutua Sicura, ricevuto il pagamento dei contributi arretrati, si riserva di svolgere le verifiche bancarie ed amministrative relative al versamento e, nel caso in cui i riscontri siano positivi, riattiverà l'erogazione delle Prestazioni, in conformità a quanto previsto nello Statuto relativamente al socio moroso. Il Socio moroso nel pagamento di qualsivoglia contributo dovuto a Mutua Sicura, se tale inadempimento si protrae per oltre sei mesi, decade automaticamente dalla qualifica di Socio e perde ogni diritto acquisito nei confronti della stessa. Egli potrà comunque chiedere di essere ammesso quale nuovo socio a Mutua Sicura, per una sola volta e soltanto ad insindacabile giudizio del Consiglio di Amministrazione di Mutua Sicura - osservando tutte le disposizioni dello Statuto riguardanti le nuove ammissioni. La sua anzianità verrà in tal caso computata dal giorno della sua riammissione.

Al Socio, in ritardo con i pagamenti dei contributi, non spettano:

- Le prestazioni/rimborsi indicati nei Regolamenti dei Piani Sanitari – nessuno escluso – per eventi verificatisi dal primo giorno del mese in cui è divenuto moroso;
- Le prestazioni/rimborsi indicati nei Regolamenti dei Piani Sanitari – nessuno escluso – maturati per eventi verificatisi antecedentemente al primo giorno di morosità e, a tale data richiesti, non ancora liquidati da Mutua Sicura, 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 si protrae per oltre 6 mesi, il Socio decade ipso iure da tale qualifica con 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 prestazione e/o copertura.

F) Termine di presentazione della documentazione completa. La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, come previsto dal Regolamento del Piano Sanitario, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso.

Il richiedente inoltre:

- Dichiarare di essere in possesso dei requisiti soggettivi previsti dalla legge e dallo Statuto di Mutua Sicura
- Dichiarare di conoscere e accettare integralmente lo Statuto ed i Regolamenti di Mutua Sicura
- Dichiarare di conoscere ed accettare integralmente il Regolamento del Piano Sanitario prescelto
- Chiedere di essere ammesso a Mutua Sicura in qualità di Socio Ordinario
- Si impegna a versare la quota di iscrizione, il contributo annuale anticipato ed eventuali quote aggiuntive, nella misura e con le modalità stabilite dagli organi sociali, ovvero in specifiche Convenzioni sottoscritte
- In caso di ammissione a Mutua Sicura, si impegna alle contribuzioni necessarie e idonee al conseguimento degli scopi sociali, all'osservanza dei regolamenti interni e delle deliberazioni degli organi sociali

Luogo e Data _____ **Il richiedente** _____

Il richiedente, previa rilettura, approva espressamente, a norma degli artt. 1341 e 1342 c.c. le condizioni di cui alle precedenti lettere A) Adesione; B) Diritto di revoca; C) Diritto di recesso; D) Modifiche Unilaterali; E) Sospensione e decadenza del socio moroso; F) Termine di presentazione della documentazione completa.

Luogo e Data _____ **Il richiedente** _____

Il richiedente inoltre:

Accetta espressamente che tutte le comunicazioni inerenti al rapporto Associativo, le prestazioni previste nel Regolamento del Piano Sanitario e le relative modifiche vengano inviate all'indirizzo e-mail (o PEC) comunicato dal socio nel presente modulo di adesione ovvero a indirizzo e-mail (o PEC) successivamente comunicato in sostituzione di quello sopra indicato nel presente modulo di adesione, nonché pubblicate nell'area riservata messa a disposizione del socio, che quest'ultimo si impegna a monitorare.

Luogo e Data _____ **Il 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 nell'ambito del rapporto associativo instaurato con MUTUA SICURA e necessari per fornirle i servizi previsti dallo Statuto, dal Regolamento Applicativo dello Statuto di MUTUA SICURA e dalla normativa vigente.

Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è SICURA – Società di Mutuo Soccorso (di seguito anche "MUTUA SICURA"), via Cardinale Fini 87, 70024, Gravina in Puglia (BA), Italia; PEC mutuasicura@pec.buffetti.it

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

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

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

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica	Tempo di conservazione
Anagrafica e gestione posizione amministrativa Gestione della posizione amministrativa, degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica di Soci e Beneficiari Iscritti,, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Applicativo di MUTUA SICURA; raccolta documentazione in modalità cartacea, o mediante sottoscrizione tramite tablet oppure attraverso la registrazione nell'area riservata; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempiimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/Fax o internet	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; e-mail; ecc.) e dati sanitari (anamnesi medica)	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);	Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo
Prestazione di sussidi sanitari Valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dal Socio, come previsto dal Piano Sanitario (prestazioni sanitarie in forma indiretta)	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale. Coordinate bancarie e dati sanitari	Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR);	Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo
Erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta Autorizzazione mediante l'accesso alla Rete Convenzionata messa a disposizione da MUTUA MBA in forza del rapporto di mutualità mediata, anche per il tramite del suo Service Provider (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dal Socio o la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/fax o internet	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; e-mail; ecc.); Coordinate bancarie.	Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR);	Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo
Attività di informazione istituzionale e promozione della mutualità l'invio di materiale informativo dell'attività svolta da MUTUA SICURA e di enti convenzionati, anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet: invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, comunicazione di tutte le iniziative finalizzate a migliorare la vita dei Soci e dei loro familiari Beneficiari Iscritti, socialmente, culturalmente e fisicamente; rilevazione del grado di soddisfazione dei Soci e dei Beneficiari Iscritti	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f	Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR)	Fino alla conclusione del rapporto associativo

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati:

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, MUTUA SICURA 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 accrediti 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, Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolitografie, Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo di MUTUA SICURA o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici), in particolare a Mutua MBA in forza del rapporto di mutualità mediata e al suo service provider per la finalità di Prestazione di sussidi sanitari ed Erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta; enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
- 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 di MUTUA SICURA ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo privacy@mutuasicura.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 dei Soci e Beneficiari Iscritti (es. dati relativi alla salute), 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 SICURA di adempiere alle 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 a MUTUA SICURA, con sede in Via Cardinale Fini, 87 - 70024 Gravina in Puglia (BA), IT – raggiungibile anche all'indirizzo privacy@mutuasicura.it.

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

Io sottoscritto, _____ dichiaro di aver preso visione dell'Informativa (ex art. 13 GDPR) e di averne compreso il contenuto.

Luogo e Data _____

Firma del richiedente _____