SOC. GEN. DI MUTUO SOCCORSO MUTUA BASIS ASSISTANCE
Sede: Via di Santa Cornelia, 9 CAP 00060 – Formello (RM)
C.F. 97496810687 - Tel. 06/61569774
Email: info@mbamutua.org Sito Internet www.mbamutua.org

Associata ANSI

mba mutua basis assistance

DOMANDA DI ADESIONE A MUTUA BASIS ASSISTANCE IN QUALITA' DI SOCIO FRUITORE

Domanda di iscrizione numero	Convenzione	Codice promotore mutualistico
	CONVENZIONE UNIFICATA MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE Ufficio 4 DAG - DSII	

Dati del richiedente

* Cognome	* Nome	Sesso ☐ M ☐ F

*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita __/__/_____	Nazionalità	* Codice Fiscale |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

*Indirizzo di residenza/Sede legale azienda	*C.A.P.	*Località/Frazione	*Prov.

*Telefono	*Cellulare	*E-mail a cui saranno inviate tutte le comunicazioni

Tipo Documento ☐ C.I. ☐ PAT. ☐ PASS.	Numero Documento	Ente di rilascio	Data di rilascio __/__/_____	Data di scadenza __/__/_____

☐ Dipendente del _____ (indicare l'Ente di Riferimento)

Sussidio Sanitario prescelto — contributo Associativo

(comprensivo di quota associativa di € 15,00)

"MEF" - FORMULA SINGLE ☐	**€ 600,00**	Tipo Frazionamento : (i frazionamenti possibili sono indicati nella scheda tecnica del sussidio) _____ In caso di frazionamento è obbligatorio compilare il modello addebito RID secondo le disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT su carta di credito o conto corrente bancario.
"MEF" - FORMULA NUCLEO ☐	**€ 840,00**	

Modalità di pagamento prescelta:

☐Rid Bancario (Compilare correttamente il modello allegato per pagamento con rid bancario)
☐Bollettino di Conto Corrente Postale intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance: **CC Numero: 6284022**
☐Assegno Circolare o Bancario non trasferibile n°_____ intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance
☐Carta di Credito (Compilare correttamente il modello allegato per pagamento con carta di credito)
☐Bonifico Bancario intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance **IBAN: IT 72 V 03359 01600 100000063432**
☐Bonifico Postale intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance **IBAN: IT 57 T 07601 03200 000006284022**
☐ Sistema"NoiPA" – trattenuta mensile sulla busta paga (Compilare correttamente il modello allegato "istanza di delegazione di pagamento per i contributi")

Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto: ☐Se stesso e i propri familiari ☐Uno o piu' dei suoi familiari

Per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo

Dati anagrafici dei Familiari da garantire

Nome	Cognome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Grado di parentela	Codice Fiscale
		__/__/_____			
		__/__/_____			
		__/__/_____			
		__/__/_____			

Il richiedente dichiara inoltre

☐Di non avere nessun tipo di malattia pregressa
☐ Di avere le seguenti malattie pregresse_____

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

Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3	Familiare 4

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 _____**

Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta al:
Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale
Direzione Generale della programmazione sanitaria ufficio V° del **Ministero della Salute**
Con Protocollo: 0025811-17/10/2012-DGPROGS-DGPROGS-UFF05-P
Iscritta all' Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al DM Salute del 31 marzo 2008 / 27 ottobre 2009.

ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2008
Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario.

SOC. GEN. DI MUTUO SOCCORSO MUTUA BASIS ASSISTANCE
Sede: Via di Santa Cornelia, 9 CAP 00060 – Formello (RM)
C.F. 97496810687 - Tel. 06/61569774
Email: info@mbamutua.org Sito Internet www.mbamutua.org

mba
mutua basis assistance

Associata ANSI

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.

1. I dati personali da Lei forniti verranno trattati per:
(a) **finalità istituzionali**, quali la gestione della domanda di ammissione a socio, nonchè i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento di MUTUA BASIS ASSISTANCE; (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 MUTUA BASIS ASSISTANCE 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 MUTUA BASIS ASSISTANCE e/o del Provider Winsalute S.r.l (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 MUTUA BASIS ASSISTANCE 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 MUTUA BASIS ASSISTANCE può affidare l'espletamento di attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, ANSI, A.NA.PRO.M., Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolitografie e Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo della Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance o di altri organismi convenzionati o enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
- Winsalute S.r.l., ERV, StemWay Biotech, CoopSalute o altre Società terze alle quali MUTUA BASIS ASSISTANCE 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 MUTUA BASIS ASSISTANCE o di Società esterne, comunque riconducibili ai soggetti di cui all'elenco su indicato, e che siano coinvolti da MUTUA BASIS ASSISTANCE 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 MUTUA BASIS ASSISTANCE. Potranno venirne 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 di 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 venirne 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.

9. Il titolare del trattamento è MUTUA BASIS ASSISTANCE, in persona del legale rappresentante pro-tempore, - con sede legale in Via di Santa Cornelia n. 9, CAP 00060 – FORMELLO (RM).

Con la sottoscrizione della presente Informativa, il richiedente dichiara di aver preso visione della privacy e pertanto:
- **Presta il suo consenso per il trattamento dei dati** personali con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa.
- **Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati** ai soggetti indicati nell'informativa.

Luogo e Data _____ **Il richiedente** _____

il richiedente inoltre:

- **Dichiara di aver preso visione 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 CDA di MUTUA BASIS ASSISTANCE ovvero dal giorno della sua iscrizione al libro soci, a fronte del pagamento della quota associativa e del relativo contributo relativo 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 di cui alla successiva lettera d) vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente 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 Mutuo 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 Mutuo Soccorso in generale, prima di ricorrere ad un procedimento ordinario per le materie di cui al D. Lgs. 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 Collegio 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".
- Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile il richiedente dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:
  a) La qualifica di Socio, nonchè l'adesione al Piano Sanitario - qualora prescelto - ha durata di un anno, decorrente dalla data di delibera del CDA di MUTUA BASIS ASSISTANCE successiva alla presentazione della presente Domanda di Adesione; ad ogni scadenza annuale, la qualifica di Socio e l'adesione all'eventuale Piano Sanitario, si intenderanno tacitamente rinnovate, di anno in anno, in mancanza di disdetta , da inviarsi alla sede legale di MUTUA BASIS ASSISTANCE in forma scritta, ed a mezzo 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 relativa al Piano Sanitario prescelto.
- **B)** Revoca: il sottoscrittore della domanda di adesione a MUTUA BASIS ASSISTANCE 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 BASIS ASSISTANCE, 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 BASIS ASSISTANCE, a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo al Piano Sanitario scelto. Per l'operazione di rimborso, MUTUA BASIS ASSISTANCE stornerà 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)** Il Consiglio di Amministrazione di MUTUA BASIS ASSISTANCE a tutela degli interessi di tutti i suoi Soci ha facoltà di deliberare unilateralmente:
  - modifiche al Regolamento Attuativo dello Statuto di MUTUA BASIS ASSISTANCE;
  - variazioni del Contributo annuale per l'adesione ai Sussidi Sanitari, nonché variazioni della Quota Associativa annuale per l'adesione a MUTUA BASIS ASSISTANCE;
  - 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 mediante l'invio di apposita comunicazione all'indirizzo email indicato nel presente modulo di adesione.
  d) Spese aggiuntive: Per ogni versamento della quota associativa, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, MUTUA BASIS ASSISTANCE 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** _____

DATI BANCARI PER EVENTUALI RIMBORSI SPESE MEDICHE

IBAN del titolare : |_|_| |_|_| |_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Banca di appoggio : _____

Intestatario del Conto Corrente : _____ Indirizzo : _____ n° _____

C.A.P. _____ Città _____ Provincia : _____Email (per eventuali comunicazioni sul rimborso) _____

AUTORIZZAZIONE AL PAGAMENTO TRAMITE CARTA DI CREDITO

Il richiedente autorizza la Società 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**_____

Luogo e Data _____ **Il richiedente**_____

Società di mutuo soccorso regolarmente iscritta al:
Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del servizio sanitario nazionale
Direzione Generale della programmazione sanitaria ufficio V° del **Ministero della Salute**
Con Protocollo: 0025811-17/10/2012-DGPROGS-DGPROGS-UFF05-P
Iscritta all' Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al DM Salute del 31 marzo 2008 / 27 ottobre 2009.

ISO 9001 / UNI EN ISO 9001:2008
Erogazione di servizi di gestione fondi e sussidi mutualistici, per gli associati, in ambito sanitario.