

MODULO DI ADESIONE

Domanda di adesione n. _____

Nome	Cognome
Nato/a a	Il
Codice Fiscale	Residente a
Via	Prov. CAP
Recapito telefonico	Indirizzo mail
Tipo documento	Numero documento
Data rilascio	Ente rilascio
Data scadenza	Ente di appartenenza

- Dichiarazione di essere in possesso dei requisiti soggettivi previsti dalla legge e dallo statuto di Mutua Nazionale
 Dichiara di conoscere e accettare integralmente lo statuto ed i regolamenti di Mutua Nazionale
 Dichiara di conoscere ed accettare integralmente i Piani Sanitari di Mutua Nazionale, corredati dei regolamenti
 Chiede di essere ammesso a Mutua Nazionale in qualità di Socio Ordinario
 Si impegna a versare la quota di iscrizione, il contributo associativo annuale, i contributi o gli apporti dovuti per le prestazioni garantite da Mutua Nazionale, nella misura e con le modalità stabilite dagli organi sociali
 In caso di ammissione a Mutua Nazionale, si impegna alle contribuzioni necessarie e idonee al conseguimento degli scopi sociali, all'osservanza dei regolamenti interni e delle deliberazioni degli organi sociali
 Chiede di inserire nella copertura i propri familiari (art. 11 del Regolamento Mutualistico) di seguito in elenco

Cognome	Nome	Parentela	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale
Cognome	Nome	Parentela	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale
Cognome	Nome	Parentela	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale
Cognome	Nome	Parentela	Luogo e data di nascita	Codice Fiscale

Il richiedente dichiara:

- Di non avere nessuna patologia pregressa Di avere le seguenti patologie pregresse: _____
 I familiari sopra indicati non hanno nessuna patologia pregressa I familiari sopra indicati hanno le seguenti patologie pregresse: _____

Familiare 1 (Patologie pregresse)	Familiare 2 (Patologie pregresse)	Familiare 3 (Patologie pregresse)	Familiare 4 (Patologie pregresse)
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Il sottoscritto dichiara di aderire al Piano Sanitario:

<input type="checkbox"/> OPERA SMART	<input type="checkbox"/> OPERA PLUS	<input type="checkbox"/> OPERA PREMIUM	<input type="checkbox"/> OPERA SENIOR PLUS	<input type="checkbox"/> OPERA SENIOR PREMIUM	<input type="checkbox"/> _____
--------------------------------------	-------------------------------------	--	--	---	--------------------------------

Contributo annuale	
Sussidio prescelto 1	
Sussidio prescelto 2	

In formula:

<input type="checkbox"/> SINGOLO	<input type="checkbox"/> NUCLEO
----------------------------------	---------------------------------

L'importo della quota di iscrizione annuale è stabilito a € 25,00

Importo rata € _____

Importo da versare € _____

(in caso di frazionamento mensile è necessario versare le prime tre mensilità)

Tipologia di frazionamento:

<input type="checkbox"/> ANNUALE	<input type="checkbox"/> SEMESTRALE	<input type="checkbox"/> TRIMESTRALE	<input type="checkbox"/> MENSILE
----------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

Il sottoscritto si impegna al versamento dell'importo relativo al pagamento del contributo relativo alla prima rata con le seguenti modalità di pagamento:

Bonifico Bancario intestato a Mutua Nazionale Iban IT68S0306909606100000169484 Trattenuta in busta paga
 Assegno circolare o bancario non trasferibile n. intestato a Mutua Nazionale Carta di credito

Il sottoscritto si impegna al versamento dell'importo relativo al pagamento del contributo relativo alle rate successive con le seguenti modalità di pagamento:

Rid Bancario Carta di credito
 Trattenuta in busta paga

Luogo e data _____ Firma del richiedente _____

Allegati: copia fotostatica di un documento di identità in corso di validità del 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 in qualità di socio, necessari per fornirle i servizi previsti dallo Statuto, dal Regolamento Applicativo dello Statuto di MUTUA NAZIONALE e dalla normativa vigente.

Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Mutua Nazionale Società di Mutuo Soccorso, via di Boccea 678 - 00166 Roma (RM) Italia; telefono +39 06.66541427; PEC mutuanazionale@legalmail.it

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

Il DPO, nominato dal Titolare, è contattabile ai seguenti recapiti: dpo@mutuanazionale.org

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

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica	Tempo di conservazione
<p>Anagrafica e gestione soci</p> <p>Gestione della domanda di ammissione a socio e dei diritti, degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Applicativo di MUTUA NAZIONALE; 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 (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/Fax o internet (sms; mms; e-mail).</p>	<p>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; email; ecc.) e dati sanitari (anamnesi medica)</p>	<p>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); consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Prestazione di sussidi sanitari</p> <p>Valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dall'Associato, come previsto dal Piano Sanitario prescelto (prestazioni sanitarie in forma indiretta)</p>	<p>Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale. Coordinate bancarie e dati sanitari</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

<p>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 proprio service provider (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, 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), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono/fax o internet (sms; mms; e-mail).</p>	<p>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; email; ecc.); Coordinate bancarie.</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Attività di informazione istituzionale e promozione della mutualità l'invio di materiale informativo dell'attività svolta da MUTUA NAZIONALE e di enti convenzionati, anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail): invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, comunicazione di tutte le iniziative finalizzate a migliorare la vita dei soci ed i loro familiari socialmente, culturalmente e fisicamente, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato.</p>	<p>Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f</p>	<p>Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte art. 6, par. 1 lett. b) GDPR)</p>	<p>Fino alla conclusione del rapporto associativo</p>
<p>Apposizione firma elettronica avanzata i cui dati personali connessi a caratteristiche biometriche comportamentali vengono acquisiti tramite speciali tavolette grafometriche (tablet), in grado di elaborare una serie di parametri dinamici quali la scansione temporale di posizione, la velocità e la pressione della penna, l'accelerazione, i salti in volo. Tali dati sono trattati dal titolare del trattamento ai fini della sottoscrizione di documenti informatici secondo quanto stabilito dal CAD (Codice dell'Amministrazione Digitale - D.lgs 82/2005)</p>	<p>- nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; - dati biometrici;</p>	<p>Consenso dell'interessato (art. 9 par. 2 lett. a GDPR)</p>	<p>Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo</p>

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati:

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, MUTUA NAZIONALE 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 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);
- 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, ANSI; 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 NAZIONALE o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici), in particolare alla 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; nonché in generale a 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 NAZIONALE ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo privacy@mutuanazionale.org

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 (dati relativi alla salute, dati relativi all'origine razziale ed etnica ecc ...), 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 NAZIONALE di adempiere le 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 NAZIONALE, con sede in sede in Via di Boccea, 678 - 00166 Roma, IT - raggiungibile anche all'indirizzo privacy@mutuanazionale.org.

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.
- acconsento al trattamento dei dati personali di natura particolare (a titolo esemplificativo dati relativi alla salute, dati sull'origine razziale ed etnica) per la finalità di autorizzazione alla erogazione di prestazioni sanitarie, di sussidi per spese sanitarie, di contributi economici e servizi di assistenza.
- acconsento al trattamento dei dati biometrici rilevati all'apposizione della firma (FEA) tramite tavoletta grafica

Luogo e Data _____

Firma del richiedente _____

Il richiedente inoltre:

- **Dichiara di aver preso visione dello Statuto**, del Regolamento Applicativo dello Statuto di MUTUA NAZIONALE, del Regolamento del Piano Sanitario sottoscritto e della Guida Operativa, nonché Codice Etico pubblicati sul sito di MUTUA NAZIONALE; si impegna, altresì, ad attenersi a tutte le norme e prescrizioni ivi contenute, nonché a rispettare le previsioni indicate dal Piano Sanitario prescelto e che MUTUA NAZIONALE mette a disposizione dello stesso. La decorrenza delle prestazioni e dei sussidi avrà effetto dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento previo accoglimento della domanda di adesione da parte del CDA di MUTUA NAZIONALE, ad avvenuto pagamento della quota associativa e del contributo al Piano Sanitario prescelto.

- **Accetta espressamente** che tutte le comunicazioni inerenti il rapporto Associativo, le prestazioni previste nei Piani sanitari prescelti, 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. la seguente clausola: "Ogni e qualsiasi controversia dovesse insorgere tra soci, amministratori e Mutua Nazionale, o essere collegata direttamente o indirettamente in merito all'interpretazione, validità, efficacia, esecuzione o risoluzione dello Statuto e dei Regolamenti nonché della presente domanda di adesione sarà devoluta in via esclusiva al Foro di Roma".

- Il richiedente dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:

A) La qualifica di Socio nonché l'adesione al Piano Sanitario, hanno la durata prevista dal Piano stesso, decorrente dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento previa delibera del CDA di MUTUA NAZIONALE successiva alla presentazione della presente domanda di adesione; alla scadenza, la qualifica di Socio e l'adesione all'eventuale Piano Sanitario 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 Associativa, del Contributo Associativo di base e del Contributo relativo al Piano Sanitario prescelto.

B) Diritto di ripensamento: il sottoscrittore della domanda di adesione a MUTUA NAZIONALE può esercitare il diritto di ripensamento entro 14 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 NAZIONALE, via di Boccea 678 – 00166 Roma. Il sottoscrittore aderente, esercitando il diritto di ripensamento entro il termine sopra indicato ha diritto al rimborso degli importi versati a MUTUA NAZIONALE, a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo al Piano Sanitario scelto. Per l'operazione di rimborso, MUTUA NAZIONALE 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 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) Diritto di recesso: ai sensi dell'art.12 del Regolamento Attuativo e del presente accordo, il Socio può esercitare il diritto di recesso in qualsiasi momento, che avrà efficacia alla scadenza del Piano Sanitario, 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) Il Consiglio di Amministrazione di MUTUA NAZIONALE, a tutela degli interessi di tutti i Soci, ha facoltà di deliberare unilateralmente:

- Modifiche al Regolamento Mutualistico di MUTUA NAZIONALE;

- Variazioni del Contributo annuale per l'adesione ai Sussidi Sanitari, nonché variazione della Quota Associativa annuale per l'adesione a MUTUA NAZIONALE - 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.

E) Spese aggiuntive: Per ogni versamento della quota associativa, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, MUTUA NAZIONALE 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.

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

- Le prestazioni/rimborsi indicati nei Sussidi – nessuno escluso – per eventi verificatisi dal primo giorno di mese in cui è divenuto moroso; - Le prestazioni/rimborsi indicati nei Sussidi – nessuno escluso – maturati per eventi verificatisi antecedentemente al primo giorno di morosità e, a tale data richiesti, non ancora liquidati da Mutua Nazionale, 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 supera i 180 giorni, 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 sussidio.

In caso di decesso del Socio, se questo avviene nel primo giorno di ritardo per il pagamento del contributo anticipato dei contributi associativi, o comunque successivamente, agli eredi non spettano i sussidi eventualmente maturati dal Socio in vita.

G) La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso.

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); B); C); D); E); F); G).

Luogo e Data _____ Il richiedente _____

Promotore Mutualistico _____ Cod. _____