

DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO / ADESIONE AL PIANO

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____
 a _____ (prov. _____) residente in _____ n. _____ Cap _____
 Comune _____ Provincia _____ Codice fiscale _____
 Nazionalità _____ tel. _____ cell. _____ (*)email _____
 eventuale Ente di appartenenza _____ (codice) _____

chiede di aderire in qualità di **Socio a Mutua Ligure**, accettando integralmente lo **Statuto sociale**, il **Regolamento** applicativo dello Statuto e il **Regolamento** dei Piani Sanitari, che dichiara espressamente di ben conoscere ed approvare senza riserva alcuna. E' a conoscenza ed accetta che le prestazioni, limitatamente ai Piani Sanitari, sono erogate dalla **SNMS Cesare Pozzo** sulla base di apposita convenzione ai sensi dell'art. 2.1 del Regolamento applicativo dello Statuto sociale. Chiede di usufruire del seguente **Piano di assistenza**, di cui **conosce** il relativo articolato descrittivo, le prestazioni, i vantaggi, gli oneri e le regole, e **si impegna a versare regolarmente il relativo contributo annuo**:

PIANO BASE _____ contributo annuo € _____
 PIANO SANITARIO _____ contributo annuo € _____
 Altro (specificare): _____ contributo annuo € _____

Il/La sottoscritto/a prende atto ed accetta che, dopo essere stata approvata dal Consiglio di Amministrazione di Mutua Ligure, l'iscrizione in qualità di Socio di Mutua Ligure si riterrà **tacitamente rinnovata** dal 1° gennaio al 31 dicembre di ogni anno successivo, ove non intervenga revoca per iscritto entro la data del 30 settembre precedente a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento. Il/La sottoscritto/a **accetta sin d'ora espressamente tutte le eventuali variazioni apportate dai competenti organi sociali allo Statuto sociale e/o al Regolamento applicativo dello stesso Statuto e/o al Regolamento dei Piani Sanitari, ivi inclusi gli specifici articolati descrittivi, e/o al contributo annuo** e si impegna a versare il contributo previsto con frequenza annuale e con la seguente modalità:

bonifico su c/c Unipol Banca Cod. IBAN: IT70J0312701402000000001591 intestato a Mutua Ligure – Via Brigata Liguria 105r – 16121 Genova - causale: Piano di Assistenza (indicare la denominazione)
 altro (specificare) _____ (in tal caso potrebbe non essere ammessa la relativa detrazione fiscale ai sensi delle vigenti norme di Legge)

Per i soli Piani Sanitari l'importo del versamento relativo al primo anno di iscrizione viene calcolato dividendo il contributo annuo in frazioni mensili e sommando le frazioni derivate, **a partire dal mese in cui viene sottoscritta la presente domanda di ammissione fino alla fine dell'anno in corso**. Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che, relativamente ai Piani Sanitari, valgono le regole di decorrenza, efficacia, carenza espressamente previste dall'apposito Regolamento dei Piani Sanitari e dagli articolati descrittivi degli stessi Piani Sanitari, che dichiara di ben conoscere ed approvare. In particolare è a conoscenza che **la decorrenza della data di iscrizione è quella del primo giorno del mese successivo a quello del versamento del primo contributo anticipato e che il calcolo dei tempi di carenza delle prestazioni previste dal Piano Sanitario prescelto si intende dalla data di iscrizione (artt. 1.4 e 1.5 del Regolamento dei Piani Sanitari)**.

Mese e anno del primo versamento relativo al Piano Sanitario prescelto _____ / _____ **Data di iscrizione** _____ / _____ / _____

Per il primo anno di iscrizione il **versamento** relativo al Piano Sanitario prescelto è pari a € _____

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che, **relativamente al Piano Base, se il versamento del contributo** avviene entro il quindicesimo giorno del mese, **la data d'iscrizione decorre** dal primo giorno del mese successivo. Se il versamento del contributo avviene dal sedicesimo giorno fino alla fine del mese, la data di iscrizione decorre dal 16° giorno del mese successivo (art. 1.4 del Regolamento applicativo dello Statuto sociale). A partire da tale data, il Piano Base prescelto diventa operativo. **La scadenza del Piano Base** è fissata al 31 dicembre di ogni anno. In occasione del rinnovo, qualora il versamento del contributo avvenga entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di scadenza, il rinnovo stesso avviene senza soluzione di continuità della copertura. Qualora il rinnovo avvenga oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di scadenza, verrà applicata la regola generale di decorrenza (art. 1.6 del Regolamento applicativo dello Statuto sociale).

Firma del richiedente _____ Data _____

Il/La sottoscritto/a, presa conoscenza del contenuto normativo dello Statuto sociale, del Regolamento applicativo dello Statuto e del Regolamento dei Piani Sanitari, ivi inclusi gli specifici articolati descrittivi, accetta espressamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile, le norme che di seguito si trascrivono integralmente:

Esclusione di responsabilità di Mutua Ligure e della Mutua erogatrice (SNMS Cesare Pozzo, limitatamente ai Piani Sanitari) per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati (art. 4.4 del Regolamento applicativo dello Statuto sociale e art. 4.8 del Regolamento dei Piani Sanitari).

E da ritenersi esclusa ogni responsabilità anche indiretta, a qualsiasi titolo nessuno escluso, di Mutua Ligure e della Mutua erogatrice (SNMS Cesare Pozzo, limitatamente ai Piani Sanitari) per eventuali danni arrecati al Socio e/o ai propri aventi diritto a seguito delle prestazioni erogate presso le strutture o da professionisti convenzionati.

Esclusione del diritto ai sussidi (art. 1.7 del Regolamento dei Piani Sanitari)

Il diritto ai sussidi elencati nell'articolato descrittivo del Piano Sanitario prescelto non compete al Socio e ai suoi aventi diritto quando la causa che ha determinato la richiesta sia conseguente a patologie o infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione, se inerenti direttamente al Socio, o all'atto del riconoscimento per i soggetti di cui al successivo articolo 2.1. Non sono altresì riconosciuti i sussidi conseguenti a:

- lesioni sofferte in seguito a proprie azioni delittuose;
- trasmutazioni e trasmutazioni del nucleo dell'atomo, ivi comprese radiazioni provocate dall'accelerazione di particelle atomiche, ad esclusione di casi di infortunio legati all'attività professionale;
- eventi bellici.

Iscrizione continuativa e ininterrotta per tre anni consecutivi (art. 1.8 del Regolamento dei Piani Sanitari)

Decorsi tre anni completi e continuativi senza interruzioni dalla data di iscrizione ai Piani Sanitari, sono riconosciuti i sussidi maturati dopo tale decorrenza ed elencati nei rispettivi articolati descrittivi di ciascun Piano Sanitario, anche quando la causa che ha determinato la richiesta sia conseguente a patologie o infortuni preesistenti alla data della domanda di ammissione. Tale norma si applica per i sussidi dei Piani Sanitari

Firma del richiedente _____ Data _____

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del Regolamento UE2016/679: preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679, esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) Responsabili del trattamento nominati dalla Società di Mutuo Soccorso Mutua Ligure; b) organismi di diritto pubblico o incaricati di prestare servizi pubblici in adempimento di obblighi previsti dalla legge; c) Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo, Fondazione Easy Care – Prontoserietà, IMA Italia Assistenza S.p.A per lo svolgimento di attività quali la verifica di documenti sanitari - e ogni altro strumento previsto dalle norme societarie - per la domanda di sussidio/rimborso nonché per l'erogazione del sussidio/rimborso; d) soggetti esterni incaricati dalla Società di Mutuo Soccorso Mutua Ligure allo svolgimento di attività quali contabilità, bilanci, questioni fiscali, servizi informativi di qualsiasi natura, pagamenti contributi associativi nonché istituti bancari, postali, aziende per la logistica, società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; e) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche (quali la Fimiv – Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria) e/o sociali e comunque per scopi di solidarietà (quali la Fondazione Easy Care – Prontoserietà); f) soggetti pubblici che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme

Firma leggibile del richiedente _____ Data _____

MUTUA LIGURE Società di Mutuo Soccorso ≈ Via Brigata Liguria 105r – 16121 Genova

tel. 010.572111

fax 010.57211223 e-mail

segreteria@mutualigure.it

c.f.95164980104

Spazio riservato a Mutua Ligure per la registrazione della posizione / matricola del Socio

Autocertificazione del nucleo familiare

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____

a _____ prov. _____ residente in _____, n. _____

Cap _____ Comune _____ Provincia _____

Codice fiscale _____,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

consapevole delle conseguenze civili ed anche penali (ai sensi degli artt. 482 e 486 C.P.), che potrebbero inficiare il diritto ai sussidi in caso di dichiarazione mendace o comunque non rispondente al vero, che il proprio nucleo familiare avente diritto ai sensi del Regolamento sottoscritto, è così composto:

N°/ Grado parentela (1)	Cognome e Nome del familiare	Data di nascita	Luogo di nascita e Provincia	Carico fiscale (2)
1				
Codice fiscale		Firma del familiare (3)		
2				
Codice fiscale		Firma del familiare (3)		
3				
Codice fiscale		Firma del familiare (3)		
4				
Codice fiscale		Firma del familiare (3)		
5				
Codice fiscale		Firma del familiare (3)		

Il/La sottoscritto/a **si impegna a comunicare** a Mutua Ligure, entro 60 (sessanta) giorni dal suo verificarsi, ogni eventuale **modifica** della situazione di famiglia sopra esposta. In caso di inadempienza o tardiva comunicazione, Mutua Ligure può **sospendere o annullare** in tutto o in parte le prestazioni, in favore del Socio e/o dei suoi familiari, fermo restando il **diritto a richiedere ed ottenere la restituzione** di quanto indebitamente percepito, gravato di interessi, rivalutazione monetaria e costi di gestione per il recupero del credito.

Firma del richiedente _____

Data _____

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi del Regolamento UE2016/679: preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679, esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) Responsabili del trattamento nominati dalla Società di Mutuo Soccorso Mutua Ligure; b) organismi di diritto pubblico o incaricati di prestare servizi pubblici in adempimento di obblighi previsti dalla legge; c) Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo, Fondazione Easy Care – Prontoserenità, IMA Italia Assistance S.p.A per lo svolgimento di attività quali la verifica di documenti sanitari - e ogni altro strumento previsto dalle norme societarie - per la domanda di sussidio/rimborso nonché per l'erogazione del sussidio/rimborso; d) soggetti esterni incaricati dalla Società di Mutuo Soccorso Mutua Ligure allo svolgimento di attività quali contabilità, bilanci, questioni fiscali, servizi informativi di qualsiasi natura, pagamenti contributi associativi nonché istituti bancari, postali, aziende per la logistica, società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; e) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche (quali la Fimiv – Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria) e/o sociali e comunque per scopi di solidarietà (quali la Fondazione Easy Care – Prontoserenità); f) soggetti pubblici che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme

Firma leggibile del richiedente _____

Data _____

(1) Specificare se coniuge, convivente more-uxorio, figlio/a

(2) Indicare se a carico fiscale – totale o parziale - del Socio(SI/NO)

(3) Con la firma, il familiare intende accordato il proprio consenso al trattamento dei dati personali, compresi quelli sensibili, così come sopra specificato per il Socio. Per i figli minorenni non occorre la firma degli interessati, il consenso è espresso con la firma del Socio.

Informativa sul trattamento dei dati personali (Regolamento UE 2016/679)

Mutua Ligure Società di Mutuo Soccorso, con sede legale in Via Brigata Liguria 105 r – 16121 Genova, - nella figura del suo Legale Rappresentante - in qualità di Titolare del trattamento dei Suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti del ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR) e della normativa vigente in materia, che i Suoi dati saranno trattati con le modalità e per le seguenti finalità:

Oggetto del Trattamento

Il Titolare tratta i dati personali identificativi (nome, cognome, indirizzo, telefono, e-mail, riferimenti bancari e di pagamento), anche sensibili, Suoi e/o dei Suoi familiari da Lei comunicati all'atto della sottoscrizione della domanda di adesione a socio, nonché durante il rapporto associativo. Il trattamento è diretto all'espletamento delle finalità istituzionali attinenti l'esercizio dell'attività previdenziale e assistenziale, nonché assistenza sanitaria e parasanitaria e di quelle ad esse connesse ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Finalità, base giuridica e natura obbligatoria o facoltativa del Trattamento

I suoi dati personali sono trattati per:

- adempiere agli obblighi previsti dalla legge, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- perfezionare l'adesione associativa;
- dare attuazione a quanto previsto dalla forma di assistenza base e/o dai piani sanitari a cui ha aderito, in favore dei soci per sé e/o per gli aventi diritto, per quel che riguarda i dati personali che sono comunicati al momento dell'adesione, nonché di quelli raccolti nel corso del rapporto associativo, ivi inclusi dati sensibili e quelli connessi alla salute.

Il conferimento dei dati personali per le finalità sopra elencate è essenziale per l'attuazione e la gestione del rapporto associativo e, pertanto, obbligatorio.

Il rifiuto a fornire i dati personali o l'autorizzazione al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere all'iscrizione alla Società di Mutuo Soccorso Mutua Ligure, se questa è già in atto, la sospensione dell'efficacia del rapporto associativo – senza pregiudicare la liceità del trattamento prima del Suo atto di revoca.

Modalità di Trattamento

I suoi dati sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonee a garantire la massima sicurezza e riservatezza.

Destinatari (comunicazione e diffusione)

I dati personali inerenti le iscrizioni eseguite in conformità allo Statuto e Regolamento vigenti non sono soggetti a diffusione e sono comunicati a:

- Responsabili del trattamento nominati dalla Società di Mutuo Soccorso Mutua Ligure e che gestiscono servizi che comportano i trattamenti sopra descritti
 - organismi di diritto pubblico o incaricati di prestare servizi pubblici in adempimento di obblighi previsti dalla legge;
 - Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo, Fondazione Easy Care – Prontoserinità, IMA Italia Assistance S.p.A per lo svolgimento di attività quali la verifica di documenti sanitari - e ogni altro strumento previsto dalle norme societarie - per la domanda di sussidio/rimborso nonché per l'erogazione del sussidio/rimborso;
 - soggetti esterni incaricati dalla Società di Mutuo Soccorso Mutua Ligure allo svolgimento di attività quali contabilità, bilanci, questioni fiscali, servizi informativi di qualsiasi natura, pagamenti contributi associativi nonché istituti bancari, postali, aziende per la logistica, società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi;
 - soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche (quali la Fimiv – Federazione Italiana della Mutualità Integrativa Volontaria) e/o sociali e comunque per scopi di solidarietà (quali la Fondazione Easy Care – Prontoserinità);
 - soggetti pubblici che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme.
- I dati personali inerenti le prestazioni previste dallo Statuto e dal Regolamento non sono soggetti a diffusione.

Conservazione dei dati

I dati personali conferiti saranno conservati per il tempo necessario per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi richiesti, e comunque per un tempo non eccedente al raggiungimento delle finalità sopra descritte e per gli obblighi previsti dalla legge.

Anche nel caso in cui Lei dovesse esercitare il diritto di revoca del consenso i Suoi dati verranno mantenuti per ottemperare ad eventuali obblighi di legge per il periodo indicato dalle normative (ad esempio per adempimenti fiscali).

Diritti dell'interessato

Ai sensi degli artt. 13, comma 2, lettere (b) e (d), 15, 18, 19 e 21 del GDPR, si informa l'interessato 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, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- ha il diritto di proporre reclamo al Garante della Privacy laddove ritenga che i Suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo, raggiungibile al sito www.garanteprivacy.it;
- il Titolare garantisce l'esecuzione di eventuali rettifiche, cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su richiesta dell'interessato, salvo che ciò pregiudichi l'esecuzione di un compito di interesse pubblico, l'adempimento di un obbligo imposto dalla legge oppure quando il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse della Società di Mutuo Soccorso Mutua Ligure;
- ha il diritto di revocare il consenso prestato senza pregiudicare la liceità del trattamento prima del Suo atto di revoca.

Modalità di esercizio dei diritti

Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

una e-mail/Pec all'indirizzo: smsmutualigure@certycoop.it

una raccomandata a/r a: Società Mutuo Soccorso Mutua Ligure - Via Brigata Liguria 105r, 16121 Genova

Titolare, Data Protection Officer, Responsabile, Incaricati

Il Titolare del trattamento è Società Mutuo Soccorso Mutua Ligure, con sede legale in Via Brigata Liguria 105r, 16121 Genova

A sua volta, il Titolare ha nominato un Responsabile del trattamento dei dati disponibile all'indirizzo: smsmutualigure@certycoop.it per qualunque informazione inerente il trattamento dei dati personali.

L'elenco aggiornato dei responsabili e degli addetti al trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento.

Per ricezione e presa visione

Firma leggibile dell'interessato :

Data ultima modifica : 23/05/2018