

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
- Dichiaro di conoscere e accettare integralmente lo statuto ed i regolamenti di Mutua Nazionale
- Dichiaro di conoscere ed accettare integralmente i Piani Sanitari di Mutua Nazionale, corredati dei regolamenti
- Chiedo 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
- Chiedo 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

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)

I sottoscritto dichiara di aderire al Piano Sanitario:

- OPERA WEB OPERA SMART OPERA PLUS OPERA PREMIUM

Contributo annuale		In formula	<input type="checkbox"/> SINGOLO <input type="checkbox"/> NUCLEO
Sussidio prescelto 1			
Sussidio prescelto 2			

L'importo della quota di iscrizione annuale è stabilito a € 15,00

Importo rata € _____

Importo da versare € _____

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

Tipologia di frazionamento:

- ANNUALE SEMESTRALE TRIMESTRALE 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 Carta di credito
- Assegno circolare o bancario non trasferibile n. intestato a Mutua Nazionale Trattenuta in busta paga

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 PRIVACY EX ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679

Gentile interessato,

di seguito Le forniamo alcune informazioni che è necessario portare alla sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondamentale della nostra attività.

Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è la Società di Mutuo Soccorso Mutua Nazionale (per il seguito "MUTUA NAZIONALE" – Sede: Via Boccea 678 – 00166 Roma Contatti e recapiti: Tel. 0666541427; PEC mutuanazionale@legalmail.it).

Finalità, dati trattati e base giuridica di riferimento:

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica
1. Gestione della clientela e attività istituzionali <i>quali la gestione della domanda di ammissione a socio, nonché i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto Applicativo e del Regolamento di MUTUA NAZIONALE; registrazione nell'area riservata MUTUA NAZIONALE; 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).</i>	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.)	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 2016/679); adempimento di obblighi di legge (art. 6, par. 1 lett c) GDPR 2016/679)
2. Prestazione di sussidi sanitari <i>in particolare valutare le richieste di rimborso spese presentate dall'Associato e provvedere al relativo rimborso, come previsto dal Piano Sanitario prescelto (prestazioni sanitarie in forma indiretta), autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso alla Rete Convenzionata di MUTUA NAZIONALE e/o del Provider Health Assistance Società Cooperativa (ad esempio mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla 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).</i>	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.	Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)
3. Apposizione di firma elettronica avanzata – <i>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 quale la scansione temporale di posizione, la velocità e la pressione della penna, l'accelerazione, i saldi 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)</i>	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale: Nominativo, indirizzo ed altri elementi di identificazione personale; Dati biometrici; Sesso m/f	Consenso dell'interessato (art. 6, par. 1 lett. a) GDPR 2016/679)
4. Attività di informazione e promozione istituzionale <i>l'invio di materiale informativo e di promozione dell'attività svolta da MUTUA NAZIONALE 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), anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail).</i>	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; Sesso m/f	Legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi, a condizione che non prevalgano gli interessi o i diritti e le libertà fondamentali dell'interessato (art. 6, par. 1 lett. f) GDPR 2016/679)

MUTUA NAZIONALE - Società di Mutuo Soccorso

Via Boccea, 678 - 00166 Roma - Italia

Telefono + 39 06 665 414 27

info@mutuanazionale.org www.mutuanazionale.org

C.F. 15448291003 – N. REA RM1591027

I suoi dati potranno essere utilizzati in forma anonimizzata e aggregata a fini statistici.

I suoi dati potranno essere inviati ai destinatari o alle categorie di destinatari riportati di seguito:

Categorie di destinatari a cui possono essere comunicati i dati.

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 della Società Generale di Mutuo Soccorso MUTUA NAZIONALE o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici), al service provider Health Assistance Società Cooperativa per la finalità di Prestazione di sussidi sanitari; enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte (a titolo esemplificativo e non esaustivo la Centrale Salute);
- 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 MUTUA NAZIONALE ed è reperibile attraverso apposita richiesta formulata all'indirizzo privacy@mutuanazionale.org

Durata del trattamento

La durata del trattamento è determinata come segue: i dati personali dell'Interessato saranno conservati per i termini temporali come indicato ai sensi dell'art. 13, paragrafo 2 del Regolamento (UE) 2016/679. In particolare: per finalità Prestazione di sussidi sanitari per tutta la durata contrattuale e fino a che sussistano obbligazioni ed adempimenti connessi all'esecuzione dello stesso e, comunque, per un periodo non inferiore a 10 anni dall'ultima prestazione o servizio erogato, salvo sorga l'esigenza di una ulteriore conservazione, per consentire al titolare la difesa dei propri diritti; per le altre finalità fino a quando ritenuti necessari per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi richiesti e successivamente verranno cancellati. In tutti i casi i dati personali saranno conservati per un tempo necessario e non eccedente al raggiungimento delle finalità descritte nell'informativa, per gli adempimenti di obblighi di legge nei limiti previsti dalla legge.

Modalità di trattamento

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico e 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, 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.).

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;
- diritto 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;
- di esercitare il diritto di opposizione per finalità di informazione e promozione istituzionale in qualsiasi momento, attraverso apposita richiesta formulata all'indirizzo email privacy@mutuanazionale.org;

- 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 potrà rivolgersi alla MUTUA NAZIONALE ai recapiti sopra indicati oppure a mezzo email al seguente indirizzo di posta elettronica privacy@mutuanazionale.org

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____ C.F. _____ in relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili relativi alla salute e quelli biometrici (art.9 del Regolamento UE2016/679) sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati: sesso m/f, origini razziali, origini etniche, carte sanitarie, stato di salute (patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso), referti e anamnesi, dati genetici, dati grafometrici, e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché ricade nelle condizioni previste dall'art. 9 par. 2 dalla lettera a) alla lettera j) del già citato Regolamento e in particolare:

- E' possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Prestazione di sussidi sanitari

CONSENSO NON CONSENSO*

Apposizione Firma Grafometrica sottoscrizione modulistica

CONSENSO NON CONSENSO**

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti:

* Non è possibile procedere all'erogazione dei servizi

** Non è possibile procedere alla sottoscrizione della modulistica in formato elettronico

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 dal giorno di 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 dalla data di 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.

MUTUA NAZIONALE - Società di Mutuo Soccorso

Via Boccea, 678 - 00166 Roma - Italia

Telefono + 39 06 665 414 27

info@mutuanazionale.org www.mutuanazionale.org

C.F. 15448291003 – N. REA RM1591027

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 **FERRETTI RICCARDO** Cod. **M18183**

AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT

Riferimento Mandato

Cod. Azienda Sia codice assegnato dall'Azienda Creditrice al debitore

C	K	5	U	R
---	---	---	---	---

Da compilare a cura del Creditore _____

Dati Identificativi del Creditore

Ragione Sociale	Società di Mutuo Soccorso Mutua Nazionale
Sede Legale	Via Boccea 678 - 00166 – Roma
Codice Identificativo del creditore	IT700000000015448291003

Dati Identificativi del Debitore

Cognome e Nome/Ragione Sociale	
Indirizzo (Via, Cap, Città, Provincia)	
Codice Fiscale/P. IVA	
Codice IBAN del Conto Corrente	

Dati identificativi del Sottoscrittore

Cognome e Nome/Ragione Sociale	
Codice Fiscale/P.IVA	



Luogo e data _____ Firma del debitore _____

REVOCA

Il debitore revoca l'autorizzazione permanente di addebito in c/c sopra riportata, relativa agli addebiti diretti Rid inviati dall'azienda creditrice e contrassegnati con le coordinate dell'azienda creditrice o aggiornate d'iniziativa dell'azienda stessa

Luogo e data _____ Firma del debitore _____

I diritti del debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla banca

RESTITUIRE IL MODULO COMPILATO A:
Mutua Nazionale – Società di Mutuo Soccorso
Via Boccea 678 – 00166 Roma
Te. 06.66541427
o al Prestatore di servizi del pagamento

RISERVATO AL CREDITORE: