SOC. GEN. DI MUTUO SOCCORSO MUTUA BASIS ASSISTANCE
Sede: Via di Santa Cornelia, 9 CAP 00060 – Formello (RM)
C.F. 97496810687 - Tel. 06/90198060
Email: info@mbamutua.orgSito Internet www.mbamutua.org
Associata ANSI

mba mutua basis assistance

fabi FEDERAZI AUTONOM BANCARI ITALIANI

DOMANDA DI ADESIONE ALLA CONVENZIONE FABI/MUTUA BASIS ASSISTANCE IN QUALITA' DI SOCIO FRUITORE

Dati del richiedente (i dati contrassegnati da * sono obbligatori) (obbligatorio allegare un documento d'identità valido)

* Cognome		* Nome			*Decorrenza assistenza ☐1.12.2015☐1.1.2016
*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita __/__/_____	*Sesso ☐ M☐ F	* Codice Fiscale |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|	
*Indirizzo di residenza	*C.A.P.	*Località/Frazione	*Prov.	*E-mail	*Rec. Telefonico

*Codice IBAN del richiedente per rimborso spese mediche: |_|_| |_|_| |_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_||_|_|_|_|_|_|_|

Piano Sanitario	Contributo	Frazionamento del pagamento
☐ BASE 1	☐ € 880,00 pro-capite	Tipo Frazionamento: ☐ semestrale ☐ trimestrale (la prima rata sarà comprensiva della quota associativa annuale)
☐ BASE 2	☐ € 760,00 single >81 ☐ € 912,00 single <81 ☐ € 1.240,00 nucleo >81 ☐ € 1.690,00 nucleo <81	In caso di frazionamento è obbligatorio compilare il modello di addebito RID secondo le disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT su conto corrente bancario. E' possibile il frazionamento mensile solo nel caso in cui le singole rate non siano inferiori ad € 40,00 (quaranta/00).

Riepilogo Quote e contributi

Quota Associativa Annuale Socio Fruitore (obbligatoria per le adesioni su base volontaria)	**€ 15,00**
Contributo Annuale del Piano Sanitario prescelto	**€ _____,00**
TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE	**€ _____,00**

Modalità di pagamento prescelta

☐Rid Bancario (Compilare correttamente il modello allegato per pagamento con rid bancario)
☐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**
☐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

Dati anagrafici dei Familiari da garantire

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

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

Luogo e Data _____ **Firma del Richiedente** _____

INFORMATIVA PRIVACY

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, nonché 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, StemWayBiotech, 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 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. 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.
- Di accettare 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**.**
- ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod.Civ., di accettare espressamente:
- **a)** la clausola di cui all'Art. 40 dello Statuto; **b)** La qualifica di Socio, nonché 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; **c)**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; **d)** 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 almeno 90 giorni prima della data in cui avranno effetto le modifiche apportate;
  - avranno effetto dal 1° giorno della successiva annualità di adesione (es. in caso di adesione scadente il 31/12/2014, le variazioni si intenderanno decorrenti dal 01/01/2015) salvo non sia disposto e comunicato diversamente.

  e) 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**_____

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. 06/90198060
Email: info@mbamutua.orgSito Internet www.mbamutua.org
Associata ANSI

mba mutua basis assistance

SOCIETA' GENERALE DI MUTUO SOCCORSO - MUTUA BASIS ASSISTANCE
Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM) - Cod. Fiscale 97496810587
Tel. +39.06.61569774 - info@mbamutua.org

AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI **SEPA CORE DIRECT DEBIT** (1)

RIFERIMENTO MANDATO (2)

Cod. Azienda Sia	Cod. assegnato dall'Azienda creditrice al debitore
A W 2 7 0	

Da compilare a cure del Creditore

DATI IDENTIFICATIVI DEL CREDITORE

Ragione Sociale:	Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance
Sede Legale:	Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM) - Italia
Codice Identificativo del Creditore:	IT45001000097496810587

DATI IDENTIFICATIVI DEL DEBITORE (intestatario del conto corrente)

Cognome e Nome/Ragione Sociale:	
Indirizzo (via, cap, città, provincia):	
Codice fiscale/Partita IVA:	

Codice IBAN del conto corrente

Codice Paese	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	Numero di conto corrente (il campo deve contenere 12 caratteri)

Il Sottoscritto Debitore autorizza il Creditore a disporre sul conto corrente sopra indicato addebiti in via continuativa ed il Prestatore di Servizi di Pagamento (di seguito "PSP") ad eseguire l'addebito secondo le disposizioni impartite dal Creditore. Il rapporto con il PSP è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con il PSP stesso.
Il Debitore ha facoltà di richiedere al PSP il rimborso di quanto addebitato, secondo quanto stabilito nel suddetto contratto: eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito. (3)

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOTTOSCRITTORE (4)

(da compilare solo se il sottoscrittore non coincide con il titolare del conto corrente)

Cognome e Nome:	
Codice fiscale/Partita IVA:	

Luogo _____ Data _____ Firma del Debitore _____

REVOCA

Il Debitore revoca l'autorizzazione permanente di addebito in c/cv 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 _____ Data _____ Firma del Debitore _____

N.B.: i diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla banca.

RESTITUIRE IL MODULO DEBITAMENTE COMPILATO A:	RISERVATO AL CREDITORE
Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance **Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 - Formello (RM)** **Tel 06.61569774 - Fax 06.61568364** **e al Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP)** (3)	

Note

1) La presente autorizzazione permanente di addebito in conto corrente è subordinata all'accettazione da parte del Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP) del Debitore.
2) Il codice di Riferimento Mandato è un codice univoco fornito da Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance al Debitore in fase di sottoscrizione della domanda di adesione
3) A titolo esemplificativo, possono essere PSP le banche, Poste Italiane S.p.A., gli istituti di moneta elettronica e gli istituti di pagamento autorizzati.
4) Nel caso di c/c intestato a persona giuridica il sottoscrittore coincide con il soggetto delegato ad operare sul conto. Nel caso di c/c intestato a persona fisica il sottoscrittore coincide con il titolare medesimo ovvero con il soggetto delegato ad operare sullo stesso.

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.