Luogo e Data _____

www.mbamutua.org

Mail: info@mbamutua.org

Regolarmente Iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al DM del 31 Marzo 2008 / 27 ottobre 2009



		DOM	ANDA DI ADESIC IN C	ONE A MBA QUALITA' D		JA			
Х ѕосто с	ORDINAR	10							
Domanda di iscrizione numero			Convenzione	Convenzione			Codice promotore mutualistico		
Dati del richiedente * Ragione Sociale * **			* Partita I.V.A.	* Partita I.V.A.					
* Cognome (se azienda, Cognome del legale rapp.)			* Nome (se azienda Nome del legale rapp.)				Sesso		
*Luogo di nascita		Prov.	*Data di nascita	Nazionalità * C		* Codice Fis	cale		
*Indirizzo di residenza/Sede azienda	elegale	*C.A.P.	*Località/Frazione			<u> </u>	*Prov.		
*Telefono	*Cellulare		*E-mail a cui saranno	inviate tutte le	nviate tutte le comunicazioni				
Tipo Documento Nu □ C.I.□ PAT.□PASS.			nte di rilascio Data di rilascio			lascio	Data di scadenza		
Professione		'		•					
Piano Sanitario presc	elto		Singolo / Nucl				pagamento		
	€		☐ Singolo ☐ Nucleo	Tipo Frazionamento :					
€			In caso di frazionamento è			CORE DIRECT	DEBIT su conto corr	ello di addebito RID secondo le rente bancario. E' possibile il	
€			frazionamento mensile solo nel caso in cui le singole rate non siano inferiori ad € 40 (quaranta/00).					non siano inferiori ad € 40,00	
Riepilogo Quote e cor	ntributi (ris								
Quota Associativa Annua volontaria) Contributo A TOTALE QUOTE E CON	nnuale del F	Piano Sanitari	io prescelto (Nucleo/S					€ <u>25</u> ,00 €,00	
		P	ussidio prescelto er la definizione di familia				niliari □Uno o pi	u' dei suoi familiari	
Dati anagrafici dei Fa Nome Cogr		garantire Data di Nascita	Luogo di Nascita	Grado di parente	ela	Co	dice Fiscale	Sussidio Scelto	
		//							
		//							
		//							
Dati anagrafici anima Nome Razza		one da gara esso	ntire Data di nascita	Colore Mantello		ritto all'Anagra gione (indicare	afe felina / canina della : Regione)	Codice microchip	
□Di non avere nessu	n tipo di m	nalattia nre	II richieder	nte dichiar	a inolt	re			
☐ Di avere le seguen	•		gı 033a 						
□Che i familiari sopra					sse				
□Che i familiari sopra Familiare 1	□Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse: Familiare 1 Familiare 2 Familiare 3 Familiare 4								
L campi contrassegnati con l'a			La loro omessa compilaz	rione può comp	ortare il r	nancato perfe	zionamento del rapporto	o associativo.	

Firma del Richiedente _____

Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 FORMELLO (RM)

C.F. 12989581009 - www.mbamutua.org

Mail: info@mbamutua.org - Pec: mbamutua@legalmail.it

Regolarmente Iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al DM del 31 Marzo 2008 / 27 ottobre 2009



INFORMATIVA PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. N. 196 DEL 30/06/2003 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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, arà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

dati personali da Lei forniti verranno trattati per:

- 1. I dati personali da Lei forniti verranno trattati per:

 (a) finalità istituzionali, quali la gestiona 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 MBA MUTUA; (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 MBA MUTUA 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 finalitis: (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 MBA MUTUA e/o del Provider Winsalute S.r.I. (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 sumenzionate 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 direttament

- Tomerimento dei dati personari e bobilgatorio ai serisi delle vigenti norme, dello Statuto e dei Regolamento di man Multua per porte in essere il rapporto associativo e consenire la gestione dei rapporto medesimo. Il mancato conferimento dei dati e della autorizzazione al trattamento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto associativo.
 I dati da Lei conferiti non saranno in alcun modo diffusi, salvo i casì indicati ai successivi punti 6 e 7.
 I Suoi Dati Personali potranno essere comunicati, per le finalità indicate ai punti 1 e 2, ai seguenti soggetti: a soggetti ai quali la MBA MUTUA può affidare l'espletamento di attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, Associazioni di categoria, 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 di MBA MUTUA o di altri apporto associativo. organismi convenzionati o enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte:
- Winsalute S.r.l., ERV, StemWay Blotech, CoopSalute, o altre Società terze alle quali MBA MUTUA può affidare il servizio di gestione delle richieste di rimborso delle spese mediche o la gestione di ulteriori servizi

- Winsalute S.r.I., ERV, StemWay Biotech, CoopSalute, o altre Società terze alle quali MBA MUTUA 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, altresi, venire a conoscenza dei suoi dati, in qualità di "responsabili" o "incaricati", le persone fisiche quali i dipendenti, i collaboratori, i consulenti, di MBA MUTUA o di Società esterne, comunque riconducibili ai soggetti di cui all'elenco su indicato, e che siano coinvolti da MBA MUTUA 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 MBA MUTUA. Potranno venirne a eventuale conoscenza gli Istituti Tesorieri e loro incaricati per le sole operazioni relative ad invio degli asseggio i accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio dell'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 venime 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 MBA MUTUA. In opersona del legale rappresentante por coscenza ne suoi dati personali in viva di Santa Cor

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

- on 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	II richiedente

IL RICHIEDENTE INOLTRE:

- Dichiara di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento Applicativo dello Statuto di MBA MUTUA e del Regolamento del Piano Sanitario sottoscritto; si impegna, altresi, ad attenersi a tutte le norme e prescrizioni ivi contenute, nonché a rispettare le previsioni previste dal Piano Sanitario prescelto e che MBA MUTUA mette a disposizione dello stesso. L'efficacia dei sussidi avrà effetto dal giorno di ratifica da parte del CDA di MBA MUTUA ovvero dal giorno della sua iscrizione al libro soci, a fronte del pagamento della quota associativa e del 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 inviata all'indiritizzo e-maili 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 "Collegio Arbitrale" di cui allo Statuto: "Le controversie che dovessero insorgere tra MBA ed i singoli soci, ovvero tra i soci medesimi, nonché tra gli eredi di un socio defunto e gli altri soci e/o MBA, ed ancora le controversie promosse dagli amministratori, sindaci e liquidatori, ovvero instaurate nel loro confronti, connesse più in generale, all'esercizio dell'attività sociale, purche concernente diritti disponibili, saranno deferite ad un Collegio Arbitrale. Ogni parte avrà diritto a designare il proprio arbitro e i due arbitri scelti dalle parti provvederanno a nominare il Presidente del Collegio Arbitrale. In difetto di designazione, il Collegio Arbitrale è nomination dal Presidente del tribunale nella cui circoscrizione ricade la sede. Gli Arbitri decidono secondo diritto. Fermo restando quanto disposto dall'art. 30 L. Jos. n. 5/01, soci possono indicare la decisione secondo equità possono dichiarare il lodo non impugnabile, con riferimento ai soli diritti patrimoniali disponibili. Nello svolgimento
- Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile il richiedente dichiara di accettare espressamente le sequenti condizioni
- Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile il richiedente dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:

 a) La qualifica di Socio, nonche l'adesione al Piano Sanitario qualora prescelto ha durata di un anno, decorrente dalla data di delibera del CDA di MBA successiva alla presentazione della presente Domanda di Adesione; ad ogni scadenza annuale, la qualifica di Socio e l'adesione al ll'eventuale Piano Sanitario, si intenderanno tacitamente rinnovate, di anno in anno, in mancanza di disdetta , da inviarsi alla sede legale di MBA 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 MBA 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 MBA MUTUA, Via di Santa Cornella, 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 MBA, a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo all'inporta oracione della qualifica di socio o del Piano Sanitario prescelto.

 C) Il Consiglio di Amministrazione di MBA MUTUA a tuttela degli interessi di tutti i suoi solo ha facoltà di deliberare unilateralmente:

 modifiche al Regolamento Attuativo dello Statuto di MBA MUTUA; variazioni del

 Contributo annuale per l'adesione ai Piani Sanitari;

 variazioni della Quota Associativa annuale per l'adesione a MBA MUTUA;

- variazioni della Quota Associativa annuale per l'adesione a MBA MUTUA

Luogo e Data __

- Variazioni deila Quota Associativa annuale per l'adesione a MBA MUTUA;
 modifiche relative alle prestazioni sanitarie individuate nei Piani Sanitari nonché alle condizioni di erogazione dei rimborsi (es. quote di spese a carico, massimali, aggiornamento elenchi 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 1º giorno della successiva annualità di adesione (es. in caso di adesione scadente il 31/12/2015, le variazioni si intenderanno decorrenti dal 01/01/2016) salvo non sia disposto e comunicato d) Spese aggiuntive: Per ogni versamento della quota associativa, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, MBA MUTUA 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.

II 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)							
Luogo e Data II richiedente							