sanisp
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

mba mutua
Mutua MBA S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM)
C.F. 97496810587 - P.IVA 16237121005 - n. REA RM-1388689 - C.C.I.A.A. ROMA
Tel. 06 90198060 - mbamutua@legalmail.it - www.mbamutua.org

DOMANDA DI ADESIONE A MUTUA MBA IN QUALITÀ DI SOCIO ORDINARIO

IL RICHIEDENTE È UNA PERSONA FISICA

Domanda di iscrizione n. **SANISP**	Convenzione **SANISP**

DATI DEL RICHIEDENTE (i campi contrassegnati con * sono obbligatori)

*Cognome			*Nome		*Sesso □ M F
*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita	Nazionalità	C.F.	
*Indirizzo di residenza			*C.A.P.	*Località/Frazione	*Prov.
*Telefono	*Cellulare		*E-mail a cui saranno inviate tutte le comunicazioni		
Tipo Documento □ C.I. PAT. PASS.	N. Documento		Ente di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza
Professione					

SUSSIDIO SANITARIO SANISP

CATEGORIA ADERENTE

□ **lavoratori dipendenti**
□ **Co.Co.Co. sportivo**
□ **datore di lavoro**
□ **libero professionista**
□ **lavoratore autonomo**

RIEPILOGO QUOTE E CONTRIBUTI ANNUALI

Quota mensile	**€12 ,00**
TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE	**€144 ,00**
CONTRIBUTO ANNUO AGGIUNTIVO PER ESTENSIONE NUCLEO FAMILIARE	**€ 200,00 + € 25 Quota iscrizione**

MODALITÀ DI PAGAMENTO QUOTE

Il pagamento del contributo previsto sarà effettuato tramite SANISP, mediante bonifico bancario sul seguente IBAN: **IT40A0103015200000005656208**.

DELEGA DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a _____ C. F. _____
residente in _____ Prov. (___) via/p.zza _____ n. _____
tel. _____ beneficiario del sussidio _____ N _____ scadenza ___/___/_____ di € _____

DICHIARA

1) di aver delegato il /la Sig./Soc. _____ a versare per mio conto a Mutua MBA la somma relativa al corrispettivo per il sussidio da me sottoscritto;
2) di aver pagato al Sig. _____ la somma sopra indicata nella seguente modalità:
- Assegno bancario circolare con clausola "non trasferibile" di € _____
- Bonifico bancario di € _____

Luogo e data _____ **In fede (firma leggibile del dichiarante)** _____

sanisp
FONDO SANITARIO INTEGRATIVO

mba mutua
Mutua MBA S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM)
C.F. 97496810587 - P.IVA 16237121005 - n. REA RM-1388689 - C.C.I.A.A. ROMA
Tel. 06 90198060 - mbamutua@legalmail.it - www.mbamutua.org

Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto: **Sé stesso e i propri familiari** **Uno o più dei suoi familiari**

DATI ANAGRAFICI DEI FAMILIARI DA ASSISTERE (per la definizione di familiare si veda il regolamento attuativo ed il regolamento del Sussidio)						
Familiare 1	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI NO	
Familiare 2	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI NO	
Familiare 3	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI NO	
Familiare 4	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI NO	
Familiare 5	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI NO	
Familiare 6	Nome	Cognome		Luogo di nascita		Data di nascita
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI NO	

I campi contrassegnati con l'asterisco (*) sono obbligatori in caso di inserimento del figlio

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 pregressa Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse:

Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3	Familiare 4	Familiare 5	Familiare 6

☐ di beneficiare di altre forme di assistenza e tutela sanitaria, oltre a quella del servizio pubblico sanitario nazionale
(in caso di flag alla precedente opzione)
Tipo di copertura sanitaria integrativa (inclusa denominazione del piano) _____ed ente erogatore _____
☐ di impegnarsi, sin da subito e senza riserva alcuna, a comunicare a Mutua MBA l'importo delle liquidazioni già percepite in forza di altre forme di assistenza e tutela sanitaria per lo stesso evento per cui è presentata richiesta di rimborso a Mutua MBA.

Luogo e data _____ **Firma del richiedente** _____

IL RICHIEDENTE INOLTRE:

Dichiara di aver preso visione dello Statuto e del Regolamento Attuativo di Mutua MBA, nonché dei Piani di Assistenza Sanitaria individuati nell'ambito dell'Accordo di Mutualità Mediata sottoscritto tra SANI.S.P. e Mutua MBA. Si impegna ad attenersi alle norme e prescrizioni ivi contenute, nella versione vigente, e a rispettare le condizioni operative dei Piani di Assistenza Sanitaria messi a disposizione tramite SANI.S.P. ai sensi dell'Accordo. L'efficacia dei sussidi decorre dalla ratifica della domanda di adesione da parte del Consiglio di Amministrazione di Mutua MBA ovvero dalla data di iscrizione nel libro soci, subordinatamente al pagamento della quota associativa e del contributo previsto dal Piano Sanitario.
Accetta che tutte le comunicazioni inerenti al rapporto mutualistico, alle prestazioni previste nei Piani di Assistenza Sanitaria e alle eventuali modifiche deliberate da Mutua MBA, siano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo, ai sensi dell'Accordo di Mutualità Mediata.
Dichiara inoltre di accettare espressamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., le seguenti condizioni:

A) Decorrenza e rinnovo dei Piani di Assistenza Sanitaria

I diritti derivanti dall'adesione decorrono dalle ore 24:00 della data della delibera di accettazione della domanda di adesione, salvo diversa decorrenza prevista nei Piani di Assistenza Sanitaria individuati in esecuzione dell'Accordo di Mutualità Mediata. L'adesione comporta tacito rinnovo annuale, salvo disdetta da comunicarsi a Mutua MBA tramite raccomandata A/R o PEC almeno 60 giorni prima della scadenza contrattuale.

B) Revoca

Il richiedente può esercitare il diritto di revoca entro 10 giorni dalla sottoscrizione della domanda di adesione, mediante raccomandata A/R indirizzata a Mutua MBA S.C.p.A., Via di Santa Cornelia n. 9, 00060 Formello (RM). La revoca comporta il rimborso degli importi versati, al netto del costo dell'operazione bancaria pari a € 1,50. Il diritto di revoca è esercitabile esclusivamente in occasione della prima domanda di ammissione e non è consentito in sede di rinnovo annuale del Piano Sanitario.

C) Modifiche deliberate dal Consiglio di Amministrazione di Mutua MBA

Il richiedente prende atto che, ai sensi dell'Accordo di Mutualità Mediata, il Consiglio di Amministrazione di Mutua MBA può deliberare modifiche al Regolamento Attuativo dello Statuto, variazioni dei contributi annuali e aggiornamenti delle prestazioni sanitarie previste nei Piani di Assistenza Sanitaria affidati in gestione. Tali modifiche saranno comunicate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo, consentendo al richiedente di esercitare il diritto di recesso nei termini previsti.

Mutua MBA S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM)
C.F. 97496810587 - P.IVA 16237121005 - n. REA RM-1388689 - C.C.I.A.A. ROMA
Tel. 06 90198060 - mbamutua@legalmail.it - www.mbamutua.org

D) Spese aggiuntive

Il richiedente accetta che, in caso di mancato buon fine dei versamenti effettuati tramite RID bancario, Mutua MBA potrà richiedere il pagamento dell'importo aggiuntivo previsto per la gestione dell'operazione, come indicato nelle disposizioni interne della Mutua e richiamato nell'Accordo di Mutualità Mediata.

E) Perdita della qualifica di Socio e delle prestazioni sanitarie

Il richiedente prende atto che il ritardo nel pagamento dei contributi associativi comporta la sospensione delle prestazioni previste dai Piani di Assistenza Sanitaria affidati a Mutua MBA ai sensi dell'Accordo di Mutualità Mediata. In caso di morosità protratta per sei mesi consecutivi, salvo diversa deliberazione del Consiglio di Amministrazione, il richiedente potrà essere escluso ai sensi dell'art. 12.1 dello Statuto di Mutua MBA, con conseguente cancellazione dal libro soci e perdita del diritto ai sussidi non ancora erogati.

F) Decadenza dal diritto al rimborso

Il richiedente dichiara di essere informato che il diritto alle prestazioni non compete quando la richiesta riguarda eventi, patologie o infortuni preesistenti alla domanda di adesione, ovvero quando siano state rese dichiarazioni incomplete o non veritiere. La documentazione necessaria per la richiesta di rimborso deve essere presentata entro i termini previsti dai Piani di Assistenza Sanitaria e dalle procedure operative di Mutua MBA, come richiamate nell'Accordo di Mutualità Mediata. La mancata presentazione della documentazione completa entro i termini indicati comporta la decadenza dal diritto al rimborso.

G) Tentativo di conciliazione e foro competente

Il richiedente accetta che eventuali controversie relative al rapporto mutualistico, ai sensi dell'art. 46 dello Statuto di Mutua MBA, saranno soggette al tentativo obbligatorio di conciliazione tramite ANSI – Associazione Nazionale Sanità Integrativa e Welfare. In caso di mancata nomina del conciliatore nei termini, la nomina sarà effettuata dal Presidente del Tribunale di Roma. Qualora il tentativo di conciliazione non abbia esito positivo, la competenza esclusiva sarà del Foro di Roma, come previsto dall'Accordo di Mutualità Mediata.

Luogo e data _____ **Firma del richiedente** _____

Il richiedente, previa rilettura, approva espressamente, a norma degli artt. 1341 e 1342 c.c., le condizioni di cui alle precedenti lettere A) Decorrenza e rinnovo dei sussidi sanitari; B) Revoca; C) Modifiche deliberate dal Consiglio di amministrazione; D) Spese aggiuntive; E) Perdita della qualifica di Socio. Perdita delle prestazioni sanitarie; F) Decadenza dal diritto al rimborso; G) Tentativo di conciliazione e foro competente.

Luogo e data _____ **Firma del richiedente** _____

Mutua MBA S.C.p.A.
Via di Santa Cornelia, 9 - 00060 Formello (RM)
C.F. 97496810587 - P.IVA 16237121005 - n. REA RM-1388689 - C.C.I.A.A. ROMA
Tel. 06 90198060 - mbamutua@legalmail.it - www.mbamutua.org

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

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.

Titolare del Trattamento

Il **Titolare del trattamento** dei Suoi dati personali è **SANI.S.P. – Fondo di Assistenza Sanitaria Integrativa** (di seguito anche SANI.SP., Via Matteo Ripa 13, 84122 Salerno (SA), Italia; Telefono +39 0892873776; PEC sanisp@pec.it; e-mail privacy@sanisp.it Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer ("DPO")** contattabile ai seguenti recapiti: dpo@sanisp.it

Responsabile del Trattamento

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Mutua MBA Società Cooperativa per Azioni (di seguito anche "**MUTUA MBA"**), via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 06.90198060; PEC mbamutua@legalmail.it; e-mail privacy@mbamutua.it. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer ("DPO")** contattabile ai seguenti recapiti: dpo@mbamutua.it.

Dati trattati, finalità, base giuridica e tempo di conservazione

Nell'ambito della Mutualità Mediata, Mutua MBA tratta per conto di SANI.S.P. La informiamo che raccogliamo e trattiamo i Suoi dati personali di natura comune e di natura particolare.

In merito ai dati personali appartenenti a categorie particolari riferiti ai soci degli enti mutualistici e ai loro familiari, il trattamento è autorizzato dal Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 146 del 5 giugno 2019 ("Provvedimento recante le prescrizioni relative al trattamento di categorie particolari di dati, ai sensi dell'art. 21, comma 1 del d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101", pubblicato sulla GU n. 176 del 29 luglio 2019). Non è pertanto necessario il conferimento del consenso per il trattamento di tali dati, in quanto l'adesione all'ente mutualistico e lo scopo sociale dell'ente medesimo legittimano il trattamento dei dati personali in esecuzione del contratto di cui l'Interessato è parte a seguito dell'instaurazione del rapporto associativo.

FINALITÀ	DATI TRATTATI	BASE GIURIDICA	TEMPO DI CONSERVAZIONE
Anagrafica e gestione amministrativa Gestione della posizione amministrativa degli associati e beneficiari delle prestazioni erogate, nonché gestione degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica degli associati a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Attuativo dello Statuto; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie)	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; dati di contatto (numero di telefono/fax; e-mail; ecc.) e dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); coordinate bancarie	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); Provvedimento Garante Privacy n. 146 del 5 giugno 2019	Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo
Erogazione di prestazioni sanitarie in forma indiretta Supporto per la presentazione delle richieste di prestazioni sanitarie, valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dall'associato, come previsto dal piano sanitario (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'associato)	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); dati di contatto (numero di telefono/fax, e-mail ecc.); coordinate bancarie	Esecuzione di un contratto di cui l'Interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); Provvedimento Garante Privacy n. 146 del 5 giugno 2019	Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo
Erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta Supporto per la presentazione delle richieste di prestazioni sanitarie, autorizzazione mediante l'accesso alla rete convenzionata, anche per il tramite del proprio Service Provider (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta)	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); dati di contatto (numero di telefono/fax, e-mail ecc.); coordinate bancarie	Esecuzione di un contratto di cui l'Interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); Provvedimento Garante Privacy n. 146 del 5 giugno 2019	Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo
Attività di informazione istituzionale e promozione della mutualità L'invio di materiale informativo dell'attività svolta da MUTUA MBA 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 degli associati e dei beneficiari delle prestazioni socialmente, culturalmente e fisicamente, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati di contatto (numero di telefono/fax; e-mail; ecc.)	Esecuzione di un contratto di cui l'Interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR)	Fino alla conclusione del rapporto associativo

Il trattamento si svolge in modo che i dati non possano essere ulteriormente trattati per finalità diverse o incompatibili con quelle sopra indicate, per le quali sono stati espressamente raccolti.
In riferimento alle "categorie particolari" di dati personali (dati relativi alla salute), 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 MBA di adempiere alle proprie prestazioni.

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, MUTUA MBA potrà comunicare i suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- Health Assistance Società Cooperativa per Azioni, con sede in Via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 06.9019801; PEC healthassistance@legalmail.it, nominata Responsabile del Trattamento per tutte le attività connesse alla sua attività di service provider ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al Data Protection Officer ("DPO") contattabile ai seguenti recapiti: dpo@healthassistance.it;
- Organismi sanitari, personale medico e paramedico (ad es. 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 e finanziari, Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale di MUTUA MBA o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali a titolo esemplificativo, servizi legali, servizi amministrativi, spedizioni e servizi informatici), al service provider per l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta, nonché per l'attività di convenzionamento e gestione del network; enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
- 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;
- Soggetti autorizzati direttamente dall'Interessato mediante delega/autorizzazione.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede di MUTUA MBA ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo e-mail privacy@mbamutua.it.

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.).

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

Le ricordiamo che il Regolamento europeo 2016/679 attribuisce all'Interessato una serie di diritti, descritti ed esercitabili alle condizioni di cui agli artt. da 15 a 22 dello stesso Regolamento. In particolare, Lei ha 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 MBA con sede in via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia, raggiungibile anche all'indirizzo privacy@mbamutua.it.