

**DOMANDA DI ISCRIZIONE**  
Assistenze riservate ai Soci e ai Clienti di Banca Popolare Etica

Il sottoscritto (Cognome)					(Nome)				
residente in Via									
C.A.P.			Città				Provincia		
Telefono			Cellulare			mail			
data di nascita			___/___/___		luogo				
Codice Fiscale					professione				

**CHIEDE**

di essere ammesso quale socio della società di mutuo soccorso INSIEME SALUTE con sede in Milano viale San Gimignano, 30/32, insieme al proprio nucleo familiare sotto elencato, i cui maggiorenni sottoscrivono la presente ai medesimi effetti. Il sottoscritto dichiara altresì di esercitare la potestà genitoriale/tutela sui componenti minorenni della propria famiglia

**AL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA** (apporre una croce vicino ai piani cui si intende aderire)

- PIANO A Rimborsi spese sanitarie e sussidi
- PIANO B Odontoiatria e assistenza telefonica
- PIANO C Alta diagnostica e inabilità temporanea

a decorrere dal primo giorno del mese successivo al versamento dei contributi a Insieme Salute.

Tutti i sottoscritti della presente domanda dichiarano di aver preso visione e di approvare lo Statuto sociale di Insieme Salute e i Regolamenti completi dei piani sanitari prescelti prendendo fra l'altro atto che "Gli associati non possono essere assistiti da Insieme Salute per le malattie nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili preesistenti alla data della loro iscrizione" (art. 15 Regolamento Piano A e art. 12.3 Regolamento Piano C); e l'art.7 (Recesso) dello "Statuto", sapendo che "Il socio può recedere dalla Mutua dandone comunicazione al Consiglio di Amministrazione, a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento...." entro il 30 settembre di ogni anno a valere per l'anno successivo.

NUCLEO FAMILIARE									
(familiari di cui si richiede l'iscrizione)									
Cognome					Nome				
telefono			cellulare			mail			
data di nascita			___/___/___		luogo				
Codice Fiscale					professione				
Firma (per i maggiorenni)									
Cognome					Nome				
telefono			cellulare			mail			
data di nascita			___/___/___		luogo				
Codice Fiscale					professione				
Firma (per i maggiorenni)									
Cognome					Nome				
telefono			cellulare			mail			
data di nascita			___/___/___		luogo				
Codice Fiscale					professione				
Firma (per i maggiorenni)									

Il sottoscritto chiede che **le comunicazioni di Insieme Salute gli siano notificate** (barrare una delle due opzioni):

2 lettere   
  2 numeri   
  1 lettera   
  ABI – 5 numeri   
  CAB – 5 numeri   
  NUMERO CONTO C/C – 12 numeri

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Il sottoscritto chiede che le comunicazioni di Insieme Salute gli siano notificate (barrare una delle due opzioni):

- a mezzo posta elettronica
- a mezzo posta cartacea ordinaria

Come è venuto a conoscenza di Insieme Salute:

- Passaparola   
  Internet   
  Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In relazione ai dati personali trattati da **Insieme Salute** (*infra* anche il **Titolare**), La informiamo di quanto segue.

Tutti i dati personali forniti al fine di poter fruire dei servizi offerti da **Insieme Salute** saranno trattati nel rispetto del d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 recante il Codice in materia di protezione dei dati personali e del GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016.

### A. Tipologia e natura dei dati personali.

I dati trattati da **Insieme Salute** sono quelli da Lei forniti volontariamente.

Il conferimento, esplicito e volontario, di dati personali da parte Sua è necessario per l'accesso ai servizi offerti dal Titolare. I dati personali trattati sono dati identificativi, di contatto e funzionali alla gestione dei pagamenti, mentre i dati particolari consistono nelle informazioni sul Suo stato di salute, da Lei fornite o ricavate dai professionisti nel corso delle prestazioni sanitarie a cui si sottopone, e sono necessari al corretto svolgimento delle prestazioni nei Suoi confronti.

### B. Finalità del trattamento e base giuridica.

Il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa valutazione delle prestazioni che Lei può richiedere in qualità di socio, consistente nell'erogazione di sussidi e rimborsi secondo quanto previsto dallo statuto e dai regolamenti di Insieme Salute.

Il Titolare tratta i Suoi dati personali lecitamente, laddove il trattamento:

- sia necessario all'esecuzione del rapporto di cui Lei è parte o all'esecuzione di misure preliminari adottate su richiesta;
- sia necessario per adempiere un obbligo legale incombente sul Titolare;
- sia basato sul Suo consenso espresso.

### C. Modalità del trattamento.

Per adempiere agli obblighi e alle finalità sopra indicate, i dati personali verranno trattati sia manualmente che elettronicamente e saranno conservati tanto all'interno di un archivio cartaceo, quanto nel database digitale a tal uopo predisposto. Tutti i dati personali saranno trattati rispettando le misure minime di sicurezza ai sensi dell'art. 32 GDPR 679/2016, in modo da ridurre per quanto possibile i rischi di distruzione o perdita, di accesso non autorizzato o di trattamento non conforme alle finalità della raccolta.

La informiamo che i dati e i documenti da Lei forniti ed elaborati da Insieme Salute potranno essere visionati da Lei e dalle persone da Lei eventualmente delegate per un periodo non superiore ai 2 anni anche nell'area riservata del sito web di Insieme Salute, alla quale potrà accedere utilizzando lo User Name e la Password forniti con apposita procedura di registrazione.

### D. Comunicazione dei dati.

I dati personali e particolari saranno trattati dal personale del Titolare in base e limitatamente ai rispettivi ambiti di operatività.

Gli stessi potranno tuttavia essere comunicati a soggetti terzi, al fine di perseguire l'erogazione e/o ottimizzazione del servizio reso/da rendere nei Suoi confronti.

In particolare, i dati di natura sanitaria potrebbero essere comunicati a collaboratori esterni operanti nel settore sanitario, nel rispetto delle misure di sicurezza previste dal Titolare, nell'ambito delle finalità di cui al punto B.

I dati comuni e/o di natura contabile e/o amministrativa possono essere comunicati a terzi incaricati per gli adempimenti fiscali, tributari e/o amministrativi prescritti dalla Legge.

I dati concernenti il Suo stato di salute non potranno essere comunicati a Suoi familiari e/o conoscenti senza il Suo consenso, salvo il caso in cui non si rendesse necessario per tutelare la Sua incolumità e non fosse nelle condizioni di decidere autonomamente.

Inoltre, i dati potranno essere comunicati a soggetti terzi in caso di operazioni di vendita, fusione della società del Titolare.

#### **E. Diffusione dei dati.**

I dati personali non sono soggetti a diffusione da parte del Titolare.

#### **F. Luogo di conservazione.**

I dati personali oggetto di trattamento saranno conservati negli archivi fisici e informatici presso la sede del Titolare, salvo quelli che si renda necessario comunicare a soggetti esterni per le finalità sopra indicate, per il tempo strettamente opportuno.

I server esterni di cui si avvale il Titolare per i servizi di rete si trovano in Italia.

Non è previsto il trasferimento di dati fuori dall'UE.

#### **G. Diritti dell'interessato.**

In relazione al trattamento dei dati personali, Lei può esercitare, anche a mezzo delega o procura a persona fisica o associazione, i diritti riconosciutigli dagli artt. 15-22 GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016, e dunque, il diritto di accedere ai dati che La riguardano (art. 15), il diritto di ottenere rettifica e/o aggiornamento e/o integrazione dei dati (art. 16), il diritto di ottenere cancellazione / trasformazione in forma anonima dei dati (art. 17), il diritto a ottenere la limitazione o il blocco del trattamento dei dati nei casi previsti dalla Legge (art. 18), il diritto alla portabilità dei dati raccolti (art. 20), il diritto di opporsi per motivi legittimi al trattamento (art. 21), il diritto di opporsi al trattamento con finalità pubblicitarie e commerciali (art. 21 co. 2), il diritto di opporsi alle decisioni automatizzate (art. 22) e il diritto di proporre reclamo all'Autorità ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

Specificamente:

1. Lei ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intellegibile.
2. Lei ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine e della tipologia dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 27 del GDPR,
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. Lei ha inoltre diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima (diritto all'oblio) o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) la limitazione del trattamento nei casi e con le modalità previste dall'art. 18 del GDPR, qualora ne contesti l'esattezza, la liceità del trattamento o si opponga allo stesso, per il tempo necessario a dirimere la controversia, oppure nel caso in cui il Titolare non abbia più bisogno di trattare i dati che lo riguardano, ma l'interessato ne richiede la conservazione per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
  - d) la notifica in caso di rettifica o cancellazione dei dati personali o limitazione del trattamento da parte del Titolare;

e) per i dati conservati su server, la portabilità dei dati, da ricevere in formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo elettronico, così che possano essere trasmessi ad altro titolare del trattamento a cui intende fornirli;

f) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

4. Lei ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:

a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;

b) al trattamento di dati personali che la riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale;

c) a essere sottoposto a decisioni basate unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che producano effetti giuridici che la riguardano o che incidano significativamente sulla Sua persona, salvo il caso che abbia prestato il consenso all'uopo, la procedura sia autorizzata dalla legge o sia funzionale per la conclusione o l'esecuzione delle prestazioni previste tra Lei e il Titolare.

#### **H. Titolare del trattamento.**

Il Titolare del trattamento è **Insieme Salute, società di mutuo soccorso ente del terzo settore**, con sede legale in viale San Gimignano n. 30/32, 20146 Milano. Per l'esercizio dei diritti o per qualsiasi informazione attinente al trattamento dei dati effettuato da Insieme Salute può utilizzare i seguenti canali: tel. 02.37052067 - fax 02.37052072 e-mail: [info@insiemesalute.org](mailto:info@insiemesalute.org).

Il Titolare farà il possibile per rispondere alle richieste in materia di privacy nel minore tempo possibile, e comunque entro un mese dalla richiesta (termine estendibile di un ulteriore mese in casi particolarmente complessi).

#### **I. Durata del trattamento.**

I dati personali da Lei forniti od ottenuti in occasione degli accertamenti (ad esempio, le generalità, i dati di contatto e le cartelle cliniche) saranno conservati sino alla conservazione dello status di socio da parte Sua, ovvero alla revoca del consenso.

Il Titolare potrà tuttavia conservare i dati che La riguardano per ulteriori anni dieci, coincidente con il termine generale di prescrizione previsto all'art. 2946 dal Codice Civile, al fine di potere tutelare i propri diritti in sede stragiudiziale e giudiziale, salvo che la legge imponga un termine differente per assolvere ad obblighi specifici o a fronte di richieste delle Autorità.

Ogni persona che richiede l'iscrizione alla società di mutuo soccorso Insieme Salute con sede in Milano viale San Gimignano, 30/32 (Titolare del rapporto associativo ed eventuali familiari aderenti) è tenuta, pena il rigetto della richiesta, a rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati (stampare più copie del presente foglio se necessario). Per i minori il consenso deve essere sottoscritto da chi esercita la potestà genitoriale o tutela.

#### Consenso per il trattamento dei dati

Luogo ..... Data .....

Io sottoscritto Cognome ..... Nome .....

dichiaro di avere letto l'informativa di cui sopra, per cui sono stato edotto delle finalità e delle modalità del trattamento dei dati personali da me forniti e necessari per le prestazioni da me esigibili in qualità di socio, consistente nell'erogazione di sussidi e rimborsi secondo quanto previsto dallo statuto e dai regolamenti di Insieme Salute.

Sono al corrente dei diritti previsti dal GDPR n. 679/2016.

Sono inoltre a conoscenza del fatto che i dati da me forniti sono necessari per l'ottenimento delle prestazioni da me richieste e che, in mancanza, potrà essermi rifiutata la prestazione.

Per consenso e presa visione dell'informativa al trattamento dei dati personali:

firma .....

Presto il mio consenso a che tutte le comunicazioni relative al rapporto associativo, anche relative a dati particolari come sopra indicati, vengano rese, anche in via telefonica o telematica, oltre al sottoscritto al titolare del rapporto associativo o ad altro familiare iscritto.

firma .....

---

#### Consenso per il trattamento dei dati

Luogo ..... Data .....

Io sottoscritto Cognome ..... Nome .....

dichiaro di avere letto l'informativa di cui sopra, per cui sono stato edotto delle finalità e delle modalità del trattamento dei dati personali da me forniti e necessari per le prestazioni da me esigibili in qualità di socio, consistente nell'erogazione di sussidi e rimborsi secondo quanto previsto dallo statuto e dai regolamenti di Insieme Salute.

Sono al corrente dei diritti previsti dal GDPR n. 679/2016.

Sono inoltre a conoscenza del fatto che i dati da me forniti sono necessari per l'ottenimento delle prestazioni da me richieste e che, in mancanza, potrà essermi rifiutata la prestazione.

Per consenso e presa visione dell'informativa al trattamento dei dati personali:

firma .....

Presto il mio consenso a che tutte le comunicazioni relative al rapporto associativo, anche relative a dati particolari come sopra indicati, vengano rese, anche in via telefonica o telematica, oltre al sottoscritto al titolare del rapporto associativo o ad altro familiare iscritto.

firma .....

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 2 della Legge 4 gennaio 1968 n. 15, come modificato dall'art. 3 punto 10 della Legge 15 maggio 1997, n.127)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Valendosi della facoltà stabilita dall'art. 2 della L. 15/1968, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

che la famiglia convivente si compone di:

---

---

---

---

---

---

---

---

Letto, confermato e sottoscritto

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

Ogni aderente è tenuto a compilare e a firmare la presente scheda e a recapitarla a Insieme Salute (per gli aderenti minorenni la firma è di chi esercita la patria potestà).

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La invitiamo a compilare con cura il seguente questionario e a consegnarlo con la domanda di adesione a Insieme Salute.

I dati contenuti nel questionario saranno trattati con la riservatezza tutelata dalla legge 196/03, con le modalità descritte nell'informativa scritta rilasciatale e nei limiti del consenso al trattamento dei suoi dati personali da Lei sottoscritto.

Le dichiarazioni inesatte o reticenti rese in sede di compilazione del presente questionario possono comportare la mancata corresponsione di quanto previsto dalla forma di assistenza sanitaria a cui il socio aderisce.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

1. E' mai stato sottoposto ad intervento chirurgico (anche ambulatoriale)? SI [ ] NO [ ]

Anno \_\_\_\_\_ tipo di intervento \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ tipo di intervento \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ tipo di intervento \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ tipo di intervento \_\_\_\_\_

Annotazioni

2. E' mai stato ricoverato in ospedale o casa di cura senza subire intervento chirurgico?  
SI [ ] NO [ ]

Anno \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

Annotazioni

3. Ha praticato negli ultimi 5 anni (o pratica attualmente) terapie continuative o a cicli ripetuti?  
SI [ ] NO [ ]

se si indicare il tipo di terapia e la motivazione

Terapia \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Terapia \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Terapia \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Terapia \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

4. E' portatore di malformazioni e/o difetti fisici?  
SI [ ] NO [ ]  
se si indicare quali

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Ha mai subito gravi lesioni traumatiche?

SI [ ] NO [ ]

<input type="checkbox"/>	Fratture lussazioni (specificare)	_____
<input type="checkbox"/>	Distorsioni gravi (specificare)	_____
<input type="checkbox"/>	Traumi cranici (specificare)	_____
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	_____

Annotazioni

6. Soffre attualmente di qualche malattia acuta o cronica?  
se si indicare quali

SI [ ] NO [ ]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. E' attualmente in stato di gravidanza?

SI [ ] NO [ ]

Annotazioni

8. Ha mai avuto problemi alimentari (bulimia, anoressia, obesità)?  
se si indicare quali

SI [ ] NO [ ]

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9. Fumatore/fumatrice?

SI [ ] NO [ ]

Annotazioni

Note:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data di compilazione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (GG/MM/AAAA)

Firma

\_\_\_\_\_

leggibile

**ATTENZIONE!**

Le ricordiamo che le malattie insorte precedentemente alla data di decorrenza della Sua iscrizione a Insieme Salute e le malattie ad esse correlate, non sono in alcun modo assistibili. Pertanto le richieste di rimborso per le prestazioni relative a tali patologie saranno respinte. Analogamente non sono assistibili le gravidanze in corso al momento dell'iscrizione.