

COME ADERIRE A INSIEME SALUTE

1. Versamento contributi e tassa di adesione

Il versamento dei contributi e della tassa di adesione una tantum (10 €/ persona) può essere effettuato tramite:

BANCA: bonifico sul conto corrente intestato a Insieme Salute su
Unicredit IBAN IT 08 Z 02008 01730 000040618370

Banca Popolare Etica IBAN IT 72 K 05018 01600 000011399334

POSTA: sul c/c postale n. 40372203 intestato a Insieme Salute viale San Gimignano, 30/32 20146 Milano.

SEPA (ex RID BANCARIO)

E' possibile attivare l'addebito automatico su conto corrente SEPA. Se l'adesione decorre dal 1° gennaio l'importo sarà prelevato in 4 rate trimestrali uguali. Per decorrenze diverse l'intero importo sarà prelevato in unica rata per il primo anno e in 4 rate per gli anni successivi. Per autorizzare l'addebito diretto contatta gli uffici di Insieme Salute.

UFFICI INSIEME SALUTE

Recandosi presso gli uffici di Insieme Salute in viale San Gimignano, 30/32 a Milano.

N.B.: l'iscrizione decorre dal **primo giorno del mese successivo** a quello in cui è stato effettuato il versamento dei contributi.

2. Modulistica per l'adesione

Il Socio dovrà compilare in tutte le parti e firmare i seguenti documenti (in caso di adesione del nucleo familiare è necessaria la firma di tutti i componenti maggiorenni):

1. Domanda di adesione;
2. Autocertificazione dei familiari conviventi;
3. Questionario anamnestico (uno per ogni socio iscritto. Non richiesto per adesioni alla sola "assistenza odontoiatrica").

Attenzione: alla documentazione compilata allegare

- ✓ **copia della ricevuta di versamento dei contributi**
- ✓ **copia di un documento di riconoscimento valido (solo aderenti maggiorenni)**

3. Consegna modulistica per l'adesione

La modulistica compilata deve essere recapitata a Insieme Salute o consegnata all'ufficio entro la data di decorrenza dell'iscrizione utilizzando una delle seguenti modalità:

FAX al numero 02/37.05.20.72

POSTA ELETTRONICA all'indirizzo info@insiemesalute.org

POSTA CARTACEA a Insieme Salute – Viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Insieme Salute, viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano

Telefono 02/37.05.20.67; **Fax** 02/37.05.20.72;

e-mail info@insiemesalute.org e **per richieste di rimborso:** rimborsi@insiemesalute.org

sito web www.insiemesalute.org

DOMANDA DI ADESIONE

TITOLARE DEL RAPPORTO ASSOCIATIVO

| | | | | | | | | | |
|--|--|-------|-----------|--------|--------------------|---|-------------|--|--|
| Il sottoscritto (Cognome) | | | | (Nome) | | | | | |
| residente in | | | | | | | | | |
| c.a.p. | | città | | | provincia | | | | |
| domiciliato in (solo se diverso dalla residenza) | | | | | | | | | |
| telefono | | | cellulare | | | @ | | | |
| data di nascita | | | luogo | | | | | | |
| Codice Fiscale | | | | | | | professione | | |
| protezioni | | | | | data di decorrenza | | | | |

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 e delegano il titolare del rapporto associativo a tenere i rapporti con Insieme Salute in particolare per quanto riguarda il versamento dei contributi associativi, la ricezione dei documenti di riepilogo e la visualizzazione sull'area web riservata al nucleo familiare dei documenti inviati a Insieme Salute. Il sottoscritto dichiara altresì di esercitare la potestà genitoriale/tutela sui componenti minorenni della propria famiglia e di agire per conto loro.

Tutti i sottoscritti della presente domanda dichiarano di aver ricevuto, visionato e approvato l'informativa privacy (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016), lo Statuto e il Regolamento Generale di Insieme Salute e in particolare di conoscere: l'art. 8 del "Regolamento", prendendo fra l'altro atto che *"I soci non possono essere assistiti dalla Mutua per le malattie nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili preesistenti alla data della loro iscrizione o a quella della variazione della loro posizione assistenziale"*; 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. *Tutti i sottoscritti si impegnano sin d'ora ad accettare ogni variazione dei predetti documenti che fosse approvata dagli organi sociali preposti.*

NUCLEO FAMILIARE

| | | | | | | | | | |
|-----------------|--|--|-----------|--------|---------------------------|---|-----------|--|-------------|
| (Cognome) | | | | (Nome) | | | parentela | | |
| residente in | | | | | | | | | |
| telefono | | | cellulare | | | @ | | | |
| data di nascita | | | luogo | | | | | | |
| Codice Fiscale | | | | | | | | | professione |
| protezioni | | | | | Firma (per i maggiorenni) | | | | |
| (Cognome) | | | | (Nome) | | | parentela | | |
| residente in | | | | | | | | | |
| telefono | | | cellulare | | | @ | | | |
| data di nascita | | | luogo | | | | | | |
| Codice Fiscale | | | | | | | | | professione |
| protezioni | | | | | Firma (per i maggiorenni) | | | | |
| (Cognome) | | | | (Nome) | | | parentela | | |
| residente in | | | | | | | | | |
| telefono | | | cellulare | | | @ | | | |
| data di nascita | | | luogo | | | | | | |
| Codice Fiscale | | | | | | | | | professione |
| protezioni | | | | | Firma (per i maggiorenni) | | | | |

Chiede che gli eventuali sussidi e rimborsi gli vengano accreditati sul proprio C/C bancario

| Paese 2 lettere | CIN EUR 2 numeri | CIN 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 Radio Pubblicazioni sui giornali Altro (specificare) _____

Data ___ / ___ / _____

Firma _____

Informazioni sui trattamenti di dati personali (articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679)

- Titolare e dati di contatto

| | |
|---------------|--|
| Titolare | Insieme Salute Società di Mutuo Soccorso |
| Indirizzo | V.le San Gimignano, n. 30/32, 20146 Milano |
| Telefono | 02 37052067 |
| Fax | 02 37052072 |
| Email | info@insiemesalute.org |
| Sito internet | www.insiemesalute.org |
| DPO | Alberto Siro Inzaghi |
| Email DPO | info@inzaghiassociati.com |

- Trattamenti

| Trattamento | Finalità | Base giuridica | Destinatari | Periodo di conservazione | Fonte * |
|--|---|---|--|---|---------|
| Raccolta, registrazione e utilizzo dei dati anagrafici di contatto, bancari e sanitari | Perfezionamento della qualifica di Socio Assistito ed erogazione del servizio. | Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali | Funzioni interne. | 10 anni dalla perdita della qualifica di Socio Assistito. | |
| Comunicazione di dati anagrafici, di contatto e sanitari | Programmazione ed esecuzione di consulenze mediche/odontoiatriche per valutare l'assistibilità delle prestazioni richieste. | Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali | Funzioni interne. Consulente medico e/o odontoiatrico. Strutture convenzionate/enti terzi erogatori dei servizi. | 10 anni dalla perdita della qualifica di Socio Assistito. | |
| Raccolta, registrazione e utilizzo delle attestazioni rilasciate dal consulente medico e/o odontoiatrico e dei dati anagrafici e sanitari | Erogazione delle prestazioni medico-sanitarie. | Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali | Funzioni interne. Strutture convenzionate. | 10 anni dalla perdita della qualifica di Socio Assistito. | |
| Raccolta, registrazione e utilizzo di dati anagrafici, sanitari e di immagini | Pubblicazione all'interno dell'area riservata del Socio Assistito. | Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali | Funzioni interne. | 10 anni dalla perdita della qualifica di Socio Assistito. | |
| Raccolta, registrazioni e utilizzo dei dati di contatto | Invio di comunicazioni, tramite newsletter, relative al servizio dell'Organizzazione. | Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali | Funzioni interne. | I dati saranno conservati fino alla disiscrizione dalla newsletter o fino al mantenimento della qualifica di Socio Assistito. | |

* Se non è specificata la fonte, si intende che i dati sono raccolti direttamente dal titolare del rapporto associativo che è incaricato dagli eventuali familiari iscritti a tenere i rapporti con Insieme Salute in particolare per quanto riguarda la ricezione dei documenti di riepilogo e la visualizzazione sull'area web riservata al nucleo familiare dei documenti inviati a Insieme Salute.

- L'interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione degli stessi se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, la limitazione del trattamento che lo riguarda, la trasformazione dei dati in forma anonima o di opporsi al trattamento. Inoltre, può revocare in ogni momento il consenso al trattamento dei propri dati precedentemente espresso chiedendo la cancellazione dal servizio. All'interessato è inoltre riconosciuto il diritto di proporre reclamo e ricorso all'Autorità garante per la protezione dei dati personali, secondo le modalità previste dall'Autorità stessa (le istruzioni sono consultabili sulla pagina internet <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)
- Conseguenze della mancata comunicazione dei dati:
 - **Raccolta, registrazione e utilizzo dei dati anagrafici di contatto, bancari e sanitari** → impossibilità per l'Organizzazione di attribuire la qualifica di Socio al soggetto interessato e di procedere alla prestazione.
 - **Comunicazione di dati anagrafici, di contatto e sanitari** → impossibilità di programmare consulenze mediche/odontoiatriche.
 - **Raccolta e registrazione e utilizzo delle attestazioni rilasciate dal consulente medico e/o odontoiatrico e dei dati anagrafici e sanitari** → impossibilità di erogare le prestazioni medico-sanitarie.
 - **Raccolta, registrazione e utilizzo di dati anagrafici, sanitari e di immagini** → impossibilità di pubblicare i contenuti all'interno dell'area riservata del Socio Assistito.
 - **Raccolta, registrazioni e utilizzo dei dati di contatto** → impossibilità di inviare informazioni in merito al servizio offerto dall'Organizzazione.

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 (cognome-nome e data di nascita):

Eventuali annotazioni:

Letto, confermato e sottoscritto

_____ li _____

IL DICHIARANTE

Art. 4 del "Regolamento generale" di Insieme Salute:

Alle forme di assistenza per le quali è richiesta l'iscrizione dell'intero nucleo familiare, devono aderire tutte le persone presenti nello stato anagrafico di famiglia del richiedente, compresi i conviventi. Eventuali deroghe a tale norma possono essere concesse in caso di documentata iscrizione di familiari ad altra forma mutualistica o di garanzia, conseguente a contratto di lavoro o accordo aziendale. Dall'obbligo di iscrizione sono esclusi quei membri del nucleo familiare che superano i limiti di età previsti dalle assistenze richieste.

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 secondo quanto previsto dall'informativa privacy rilasciatale (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016).

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!

Salvo dove diversamente specificato, non sono assistibili le malattie insorte precedentemente alla data di decorrenza della Sua iscrizione a Insieme Salute e le malattie ad esse correlate. 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.