

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	Francesco De Lucia
Email DPO	cresitalia@pec.it

- 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.	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 dall'interessato.

- 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!

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.