

MODELLO "B" – NUOVE ISCRIZIONI (da trasmettere entro e non oltre il **31.1.2019**)
DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO DEL FONDO MUTUASALUS s.m.s. E DI ADESIONE AL PROGRAMMA DI ASSISTENZA SANITARIA
RISERVATO AI SOCI B.C.C. DI ROMA/CRAMAS ANNI 2018 - 2019

Spett.le
FONDO MUTUASALUS – Sezione CRAMAS
Via Sardegna, 129
00187 Roma (RM)

DATI ANAGRAFICI DELL'ASPIRANTE SOCIO:

| | | | |
|-------------------------------------|----|----------------|--------|
| Il Sottoscritto/a | | | |
| Nato a | il | Codice Fiscale | |
| Residente a | | Prov. | CAP |
| Domicilio (se diverso da residenza) | | CAP | Prov. |
| Via/Piazza | N° | N° tel. | e-mail |

in qualità di Socio della B.C.C. di Roma e della CRAMAS, presa visione dello Statuto e dei Regolamenti del **Fondo Mutuasalus s.m.s.** ed in particolare delle norme che regolano l'ammissione a Socio, il recesso e l'esclusione

CHIEDE

L'ammissione a Socio/a del Fondo stesso, impegnandosi a rispettare lo Statuto, i Regolamenti e le deliberazioni sociali.

Allo scopo il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiara sotto la sua personale responsabilità (art. 26 Legge n° 15/1968) che i dati su riportati sono conformi a verità, di aver ricevuto copia dello Statuto e del Regolamento e di averne preso visione. Il/la sottoscritto/a, inoltre, delega il Presidente della Mutua CRAMAS, rappresentante della Sezione omonima, a rappresentarlo/a nelle Assemblee dei Soci del Fondo ed elegge, agli effetti dell'art. 47 del c.c., domicilio speciale per gli atti inerenti il rapporto associativo la sede della Sezione a cui è indirizzata la presente domanda.

L'adesione al Programma Sanitario garantito da CASPIE, che il Fondo Mutuasalus s.m.s. riserva ai propri iscritti in possesso dello status giuridico di Socio della BCC DI ROMA e della CRAMAS per il periodo **2018 - 2019**.

Allo scopo il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, dichiara sotto la sua personale responsabilità (art. 26 Legge n° 15/1968) di aver ricevuto copia del **Disciplinare Caspie – Anno 2018 - 2019** (mod. SDI2018FMSBCCROMA), di averne preso visione e di accettarne le condizioni.

_____, li ____/____/____

Firma (leggibile)

Per i Soci e relativi nuclei familiari che si iscrivono al formula mutualistica di rimborso spese mediche del Fondo, scadente il 31.12.2019 (garantita da Convenzione **CASPIE**), le **garanzie decorrono dalle ore 00:00 del 01.01.2019**, purché il Socio chieda l'inserimento in garanzia (nuova iscrizione al SETTORE DI INTERVENTO di cui al presente Regolamento) entro e non oltre il **31.01.2019**. Il Socio prende atto dei termini di aspettativa di cui all'art 3 del DISCIPLINARE CASPIE – Anni 2018 - 2019 e del Fascicolo Informativo – BCC ROMA SOCI consultabile on-line sul sito www.cramas.it. Il Socio prende atto che a norma del predetto art. 3 il diritto alle prestazioni è subordinato all'accettazione della richiesta di adesione da parte della CASPIE, previo esame del questionario sanitario compilato per ogni richiedente, da allegare al modulo di adesione.

E' fatto obbligo al Socio di iscrivere l'intero nucleo familiare: l'inclusione di familiari in un momento successivo è consentita SOLO nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite.

_____, li ____/____/____

Firma (leggibile)



Spett. le
CASPIE
Via Ostiense, 131/L corpo "D" – 6° piano
00154 ROMA



e.p.c. Spett. le
Fondo Mutuasalus-Cramas
per i Soci della B.C.C. di Roma e della Cramas
Via Sardegna, 129
00187 Roma (RM)

MODULO B RICHIESTA DI ADESIONE NUOVI SOCI (SOCI NON ISCRITTI AL PRECEDENTE PIANO SANITARIO CON SCADENZA 31/12/2017)

Il/La sottoscritto/a _____ (cognome) _____ (nome) _____ (telefono) _____ (IBAN)

in qualità di Socio del Fondo Mutuasalus in possesso dello status giuridico di Socio della BCC DI ROMA e della CRAMAS chiede di aderire al sottoindicato programma di assistenza sanitaria della CASPIE che ha inizio alle ore 00.00 del 01/01/2019 e termine alle ore 24.00 del 31/12/2019 e dichiara di essere consapevole che il disciplinare del programma di assistenza sanitaria CASPIE prevede una durata biennale e il tacito rinnovo alla fine di ogni biennio successivo alla prima scadenza del 31/12/2019:

| | |
|---|---|
| Disciplinare – Socio della B.C.C. di Roma | € 1.467,00 annui per l'Assistito Single |
| | € 1.866,00 annui per l'Assistito e nucleo fiscalmente a carico |
| | € 745,00 annui/pro capite per ogni familiare non fiscalmente a carico |

al fine di fruirne con i familiari con lui di seguito elencati:

| Cognome e Nome | Rapporto di parentela con il richiedente | Data di nascita | Luogo di nascita | Sesso (1) | Familiare fisc. a carico (2) | Indirizzo completo | | | | | Codice fiscale |
|----------------|--|-----------------|------------------|-----------|------------------------------|--------------------|----|-----|-------|----|----------------|
| | | | | | | Via / Piazza | n. | Cap | Città | PR | |
| 1 | TITOLARE | __/__/__ | | | / | | | | | | |
| 2 | | __/__/__ | | | | | | | | | |
| 3 | | __/__/__ | | | | | | | | | |
| 4 | | __/__/__ | | | | | | | | | |
| 5 | | __/__/__ | | | | | | | | | |

Dichiara espressamente che i dati sopra indicati, con riferimento alla posizione di carico fiscale ed allo stato di convivenza, risultano corrispondenti alla realtà e che i familiari di cui sopra sono compresi per intero (come da stato di famiglia). Pertanto si impegna a corrispondere l'importo relativo ai contributi assistenziali a carico dello scrivente per l'assistenza sanitaria erogata dalla CASPIE rilasciando al Fondo Mutuasalus / Cramas apposita autorizzazione di addebito del proprio conto corrente. Detto importo dovrà essere riconosciuto a nome del sottoscritto alla CASPIE stessa secondo le modalità da questa comunicate.

Dichiara altresì di ben conoscere la normativa sottoscritta tra la CASPIE e il Fondo Mutuasalus - Sezione Cramas e di accettarla in ogni sua parte senza alcuna riserva od eccezione, con particolare riguardo a quanto contenuto nell' art. 9 del Disciplinare relativamente ai termini di presentazione della richiesta di rimborso.

Il/i sottoscritto/i dichiara/ano di aver letto l'informativa dietro riportata e di rilasciare il consenso al trattamento da parte del FONDO MUTUASALUS S.M.S. dei propri dati personali e sensibili per le finalità di assistenza sanitaria integrativa e con le modalità indicate nella stessa informativa.

Con la sottoscrizione della presente dichiarazione, il/i sottoscritto/i esprime/ono il consenso anche nei confronti degli specifici soggetti di cui all'elenco richiamato nell'informativa (specialisti medici, compagnie di assicurazioni e loro società di servizi, nonché eventualmente, in casi particolari, società di intermediazione assicurativa, consulenti legali o fiscali), per il trattamento dei dati personali e sensibili strettamente necessario allo svolgimento da parte del Fondo Mutuasalus, anche per tramite di CASPIE e di altri soggetti terzi, delle attività di gestione delle pratiche di rimborso delle spese sanitarie.

Data..... Firma del Titolare.....e dei familiari maggiorenni/...../.....

(1) Indicare "M" o "F" a seconda del sesso.
(2) Indicare "SI" o "NO" a seconda che il familiare risulti o meno fiscalmente a carico.



INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI FONDO MUTUASALUS S.M.S.

(Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003 ed in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE nr. 679/2016)

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE nr. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR"), il socio e i suoi familiari che entrano in contatto con Fondo Mutuasalus *Società di Mutuo Soccorso* con sede in Roma (RM) in via Castelfidardo n. 50 (di seguito "Fondo Mutuasalus") comunicando o conferendo i propri dati personali devono essere informati riguardo al possesso e al trattamento dei loro dati personali da parte della stessa, in qualità di Titolare del trattamento.

1 – Fonte dei dati personali:

I dati personali dei soci e dei rispettivi familiari sono raccolti da Fondo Mutuasalus direttamente tramite il socio aderente al momento della compilazione della domanda di ammissione, delle dichiarazioni sullo stato di salute e dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta (sanitaria e non) in relazione ai servizi ed alle prestazioni richieste.

I dati di altri soggetti che entrano in contatto con Fondo Mutuasalus sono comunicati e/o conferiti dagli stessi su base volontaria.

2 – Finalità del trattamento:

Fondo Mutuasalus informa che il trattamento dei dati personali sarà effettuato con le seguenti finalità:

1. garantire l'esecuzione dei rapporti associativi ed, in particolare, l'adempimento di tutti i servizi e delle prestazioni assistenziali previste da Fondo Mutuasalus (es. gestione e liquidazione rimborsi sanitari), rese anche attraverso terzi (es. Consorzio Comipa a cui Fondo Mutuasalus aderisce, Casse Aziendali e Compagnie di assicurazione);
2. adempiere obblighi di legge, regolamentari o previsti dalla normativa comunitaria, ivi incluse disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e/o da Organi di Vigilanza e Controllo;
3. adempiere ed eseguire i rapporti precontrattuali e contrattuali, ad esempio con i fornitori di beni e servizi ed i partner istituzionali e commerciali (anche in relazione allo svolgimento delle attività volte all'adempimento dei servizi ed all'erogazione delle prestazioni in favore dei soci/aderenti e dei familiari);
4. adempiere attività amministrative, gestionali e contabili;
5. promuovere e sviluppare le attività proprie della Mutua anche attraverso pratiche di contatto diretto con gli associati e loro familiari (via telefono, posta cartacea o elettronica o mezzi analoghi), rilevazione del grado di soddisfazione dei soci.

3 - Base giuridica del trattamento e conferimento dei dati. Revoca del consenso al trattamento:

Per le finalità sopra descritte, la base giuridica che legittima il trattamento è il consenso dell'interessato ai sensi dell'art. 6, co. 1, lett. "a" del GDPR, documentato in forma scritta.

Per alcune tipologie di trattamento, la base giuridica che rende legittimo il trattamento può essere costituita dalla necessità di adempiere ed eseguire un contratto di cui l'interessato è parte, ovvero delle misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato (art. 6, co. 1, lett. "b" GDPR), ovvero ancora dall'adempimento di obblighi legali ai quali è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6, co. 1, lett. "c" GDPR).

Il conferimento dei dati, quando essi vengano acquisiti in base ad un obbligo di legge ovvero in quanto strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale o associativo, è necessario e un eventuale rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità di svolgere le attività richieste per la conclusione e per l'esecuzione del contratto, dei servizi e delle prestazioni assistenziali fornite da Fondo Mutuasalus, anche attraverso terzi e, dunque, l'impossibilità di iscriversi alla Mutua.

Di conseguenza, il socio/aderente, con la firma apposta nel modulo d'iscrizione esprime il suo consenso al trattamento dei dati per le finalità sopraindicate.

Revoca del consenso al trattamento

L'interessato ha il diritto di revocare il consenso al trattamento dei dati, qualora la base giuridica del trattamento sia costituita esclusivamente dal consenso dell'interessato (ad esempio per le finalità di promozione e sviluppo della Mutua (cfr. paragrafo 2, n. 5)).

Tale diritto non sussiste qualora il trattamento avvenga in esecuzione di obblighi di legge o per l'esecuzione di obblighi pre-contrattuali, contrattuali o dei rapporti volti alla fornitura di servizi o di prestazioni di assistenza stipulati dall'interessato (paragrafo 2, nn. 1-4).

In ogni caso, l'eventuale revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

4 – Categorie dei dati trattati:

Le categorie di dati trattati sono costituite dai dati comuni, identificativi, particolari (ed in particolare dai dati anagrafici e relativi allo stato di salute ovvero alla situazione reddituale o lavorativa) contenuti nella modulistica associativa e nelle comunicazioni inviate dagli interessati nel corso dei relativi rapporti e per la loro esecuzione, ovvero per la fruizione dei relativi servizi e prestazioni, anche assistenziali.

5 – Modalità del trattamento:

I dati verranno trattati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie, per scopi determinati, espliciti e legittimi, saranno pertinenti, aggiornati e non eccedenti rispetto alle finalità sopra elencate per le quali sono raccolti e potranno essere utilizzati in ulteriori operazioni di trattamento in termini compatibili con tali scopi. I trattamenti avverranno manualmente e con l'ausilio di strumenti elettronici ed automatizzati.



6 – Categorie di destinatari ai quali i dati personali potranno essere comunicati:

I dati personali, potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti, che li tratteranno in qualità di Responsabili o incaricati dei trattamenti di loro competenza nominati da Fondo Mutuasalus:

- CASPIE, cassa di assistenza sanitaria che garantisce il programma sanitario richiamato nella presente domanda di ammissione;
- fornitori dei servizi assistenziali, previdenziali e assicurativi scelti da Fondo Mutuasalus (ad esempio compagnie di assicurazione, società di gestione, broker assicurativi, istituti di cura) i quali, in tal caso, si occuperanno del relativo trattamento, e non saranno soggetti a diffusione;
- soggetti specificamente incaricati quali consulenti, dipendenti e altri collaboratori a ciò abilitati per i trattamenti necessari o connessi allo svolgimento delle attività contrattuali e comunque connesse ai servizi ed alle prestazioni rese da Fondo Mutuasalus, anche attraverso terzi;
- soggetti terzi che svolgono o forniscono specifici servizi strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale, associativo o dei servizi e prestazioni rese da Fondo Mutuasalus (anche mediante trattamenti continuativi), quali società di servizi informatici e cloud computing; banche e società che svolgono servizi di pagamento; assicurazioni; agenti; studi professionali che prestino servizi di assistenza, consulenza fiscale, legale o amministrativa; periti medico-legali e/o assicurativi; società di recupero crediti ed i legali incaricati di seguire le procedure di recupero crediti o di affari contenziosi; società di stampa ed imbustamento della corrispondenza; eventuali revisori contabili;
- organi ispettivi preposti a verifiche e controlli inerenti la regolarità degli adempimenti di legge, ai quali i dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni, verifiche e controlli.

I dati non sono oggetto di diffusione o trasferimento verso Paesi terzi o organizzazioni internazionali.

7 – Tempi di conservazione:

I dati personali, anche sensibili o giudiziari, saranno conservati per nr. 10 (dieci) anni, dalla cessazione del rapporto associativo/contrattuale con Fondo Mutuasalus da parte del Socio/Aderente o del fornitore/professionista.

In ogni caso, è fatta salva la possibilità di una loro ulteriore conservazione in adempimento a eventuali obblighi di legge o per la tutela di diritti in sede giudiziaria.

I dati personali potranno essere cancellati anche prima di tale periodo qualora non siano più necessari per adempimenti contrattuali, amministrativi, fiscali, contabili o di legge.

8 – Esistenza di un processo decisionale automatizzato:

Non è presente un processo decisionale automatizzato.

9 – Diritti dell'interessato

L'interessato (socio/aderente o familiare, fornitore) potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti a lui riservati ed in particolare i seguenti:

- il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali (art. 15 GDPR);
- il diritto di rettifica e integrazione dei dati personali (art. 16 GDPR);
- il diritto di cancellazione dei dati personali (diritto all'"oblio"), nei casi previsti dall'art. 17 GDPR;
- il diritto di chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali, nei casi e con le modalità previste dall'art. 18 GDPR;
- il diritto alla portabilità dei dati, secondo quanto previsto dall'art. 20 GDPR;
- il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali nei casi previsti dalla legge;
- il diritto di revocare il consenso al trattamento (cfr. paragrafo 3);
- il diritto di proporre reclamo ad un'Autorità di controllo e segnatamente al Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio di tutti i diritti spettanti all'interessato può essere esercitato scrivendo all'indirizzo di posta elettronica del Responsabile per la protezione dei dati dpo@francescocinotti.it o scrivendo al Titolare del trattamento ai seguenti recapiti: Fondo Mutuasalus Società di Mutuo Soccorso – Via Castelfidardo n. 50 – 00185 Roma (RM).

Su richiesta dell'interessato il titolare del trattamento fornisce una copia dei dati personali oggetto di trattamento. In caso di ulteriori copie richieste dall'interessato, il titolare del trattamento può addebitare un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se l'interessato presenta la richiesta mediante mezzi elettronici, e salvo indicazione diversa dell'interessato, le informazioni sono fornite in un formato elettronico di uso comune.



10 – Titolare, Responsabile del trattamento e DPO (Data protection officer)

Il titolare del trattamento è: Fondo Mutuasalus Società di Mutuo Soccorso – Via Castelfidardo n. 50 – 00185 Roma (RM).

Dati contatti del Titolare del trattamento: fondo.mutuasalus@aruba.it.

Dati di contatto del Responsabile per la protezione dei dati (“DPO”): dpo@francescocinotti.it.

Roma, 19/12/2018

Consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate nella presente informativa:

dò il consenso nego il consenso

Consenso ad ulteriori trattamenti comunque correlati alle finalità ed agli scopi esposti nella presente informativa:

dò il consenso nego il consenso

Firma dell'Assistito (leggibile)

Il/La sottoscritto/a, per il tramite della Mutua CRAMAS Sezione del Fondo Mutuasalus s.m.s., autorizza l'addebito del contributo associativo annuo sul proprio conto corrente n° _____ intrattenuto presso l'Agenzia n° _____ della Banca di Credito Cooperativo di Roma.

L'addebito pari ad Euro _____, sarà:

- ripartito in n. _____ ratei trimestrali anticipati grazie all'agevolazione concessa dalla BCC di ROMA; tali ratei debbono avere una valuta comunque non superiore alla data del 31/12 dell'anno di copertura;
- in un'unica soluzione entro il 31/01 dell'anno di copertura.

Il contributo associativo annuo è differenziato in base al numero dei componenti del nucleo familiare del Socio secondo quanto stabilito e riportato nel Disciplinare CASPIE consegnato al Socio all'atto della richiesta di adesione.

Nel caso in cui la BCC di ROMA non concedesse all'assistito l'agevolazione per il pagamento rateizzato del contributo associativo richiesto, l'addebito sarà effettuato in un'unica soluzione entro il 31/01.

In caso di mancato pagamento del contributo associativo da parte dell'iscritto, l'assistenza di cui al Programma Sanitario garantito da CASPIE non sarà erogata a norma dell'art. 8 dello statuto sociale del Fondo Mutuasalus s.m.s.

_____, li ____/____/____

Firma dell'Assistito (leggibile)