

DOMANDA DI ADESIONE A GENERAL MUTUA IN QUALITA' DI						
<input type="checkbox"/> SOCIO ORDINARIO (Persona fisica)			<input type="checkbox"/> SOCIO PARTECIPANTE (Persona giuridica)			
Domanda di iscrizione numero			Codice promotore mutualistico			
Dati del richiedente						
* Ragione Sociale			* Partita I.V.A.			
In caso di Società Cooperativa indicare la tipologia *			<input type="checkbox"/> S.Cooperativa Sociale		<input type="checkbox"/> S.Cooperativa di produzione e lavoro	<input type="checkbox"/> Altro
* Cognome (se azienda, Cognome del legale rapp.)			* Nome (se azienda Nome del legale rapp.)			Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
*Luogo di nascita		Prov.	*Data di nascita	Nazionalità		* Codice Fiscale
*Indirizzo di residenza/Sede legale azienda		*C.A.P.	*Località/Frazione			*Prov.
*Telefono		*Cellulare	*E-mail a cui saranno inviate tutte le comunicazioni			
Tipo Documento <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> PAT. <input type="checkbox"/> PASS.		Numero Documento	Ente di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza	
Professione						
Sussidio Sanitario prescelto			Singolo		Frazionamento del pagamento	
COOPERANDO GM 60 (riservato alle cooperative sociali)			<input type="checkbox"/> € 60,00		Tipo _____ Frazionamento _____ : I frazionamenti possibili sono consultabili nelle schede tecniche dei sussidi. In caso di frazionamento è obbligatorio compilare il modello addebito RID secondo le disposizioni SEPA CORE DIRECT DEBIT su carta di credito o conto corrente bancario. Non è previsto il frazionamento per il Socio Partecipante.	
COOPERANDO GM 1 (per tutte le altre tipologie)			<input type="checkbox"/> € 120,00			
COOPERANDO GM 2			<input type="checkbox"/> € 220,00			
COOPERANDO GM 3			<input type="checkbox"/> € 460,00			
COOPERANDO GM 4			<input type="checkbox"/> € 732,00			
SUSSIDIO _____			<input type="checkbox"/> € _____			
Riepilogo quote e contributi (riservato ai Soci Ordinari)						
Quota Associativa una tantum					€ 25,00	
Contributo Annuale del Sussidio Sanitario prescelto					€ _____,00	
TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE					€ _____,00	
Riepilogo Quote e contributi (riservato alle adesioni totalitarie di Soci Partecipanti)						
Quota associativa una tantum					€ 500,00	
Quota associativa una tantum (€ 1,00 per il singolo dipendente/iscritto) N° dipendenti / iscritti _____					€ _____,00	
Contributo Annuale per il Sussidio Sanitario (per il numero di dipendenti/ iscritti da garantire) N° dipendenti / iscritti _____					€ _____,00	
TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE					€ _____,00	
ESTENSIONE NUCLEO FAMILIARE (riservato all'estensione al nucleo familiare del Socio beneficiario)						
COOPERANDO GM 60 (singolo familiare) <input type="checkbox"/> € 50,00 n. familiari _____					€ _____,00	
COOPERANDO GM 3 - Formula nucleo <input type="checkbox"/> € 690,00					€ _____,00	
COOPERANDO GM 4 - Formula Coppia <input type="checkbox"/> € 984,00					€ _____,00	
- Formula Nucleo <input type="checkbox"/> € 1.224,00					€ _____,00	
SUSSIDIO _____ <input type="checkbox"/> € _____					€ _____,00	
Quota Associativa una tantum					€ 25,00	
Modalità di pagamento prescelta						
<input type="checkbox"/> Rid Bancario (Compilare correttamente il modello allegato per pagamento con rid bancario)						
<input type="checkbox"/> Bonifico Bancario intestato a Società Generale di Mutuo Soccorso General Mutua IBAN: IT 85 U 03357 02400 000010027787						
IN CASO DI ESTENSIONE AL NUCLEO - Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto: <input type="checkbox"/> Se stesso e i propri familiari <input type="checkbox"/> Uno o piu' dei suoi familiari Per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo dello statuto						
Dati anagrafici dei Familiari da garantire						
Nome	Cognome	Data di Nascita	Luogo di Nascita	Grado di parentela	Codice Fiscale	Sussidio Scelto
		/ /				
		/ /				
Il richiedente dichiara inoltre						
<input type="checkbox"/> Di non avere nessun tipo di malattia progressa						
<input type="checkbox"/> Di avere le seguenti malattie progressa _____						
<input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia progressa						
<input type="checkbox"/> Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie progressa: _____						
Familiare 1		Familiare 2		Familiare 3		Familiare 4

Luogo e Data _____

Firma del Richiedente _____

INFORMATIVA PRIVACY
AI SENSI DELL'ART. 13 D. LGS. N. 196 DEL 30/06/2003 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 – "Codice della Privacy" in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che il trattamento dei dati personali da Lei forniti e delle informazioni che La riguardano, sarà improntato a principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti.

- 1.** Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti, anche sensibili, è diretto al conseguimento degli scopi sociali e, comunque, connessi e strumentali alle attività della Società Generale di Mutuo Soccorso, ovvero per: (a) **finalità istituzionali**, connesse all'acquisizione di informazioni, utili all'attivazione o alla prosecuzione di rapporti con la Mutua quali la gestione della domanda di ammissione a socio, nonché i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualifica di Socio, a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento di GENERAL MUTUA; (b) **finalità gestionali**, quali attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), per l'invio di materiale, informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività svolta da GENERAL MUTUA e di organismi convenzionati (inviti a manifestazioni, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato, elaborazione di studi e di ricerche di mercato, etc.).
- 2.** Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" e come tali idonei a rivelare lo stato di salute. Il trattamento che sarà effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dalla normativa vigente, ha le seguenti finalità: (a) valutare le richieste di rimborso spese presentate dall'Associato e provvedere al relativo rimborso, come previsto dal Piano Sanitario prescelto, autorizzare l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta, mediante l'accesso alla Rete Convenzionata messa a disposizione dal provider Winsalute s.r.l., (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitarie, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'Associato o la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta).
- 3.** Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e può consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle indicate all'art. 4, comma 1, lettera a) del decreto legislativo citato. Per i dati di natura sensibile (idonei a rivelare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste all'Autorizzazione Generale del Garante.
- 4.** Il conferimento dei dati per le finalità sopra menzionate è facoltativo. L'eventuale Suo rifiuto di fornire i dati comporta l'impossibilità da parte della Mutua a dar corso agli obblighi legali, statuari o contrattuali nello svolgimento della sua attività.
- 5.** I dati personali e dati sensibili potranno essere trasmessi agli incaricati del trattamento e a tutti quei soggetti cui la comunicazione sia opportuna per il raggiungimento delle finalità indicate al punto 1, lett. a e b). I dati personali e dati sensibili inerenti le iscrizioni eseguite in conformità allo Statuto e Regolamento vigenti non sono soggetti a diffusione e sono comunicati a:
 - soggetti ai quali la Società Generale di Mutuo Soccorso GENERAL MUTUA può affidare l'espletamento di attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali Istituti bancari, ANSI, A.NA.PRO.M., Società di Mutuo Soccorso in genere, Strutture Sanitarie, Enti di formazione, Tipolitografie e Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale informativo della Società Generale di Mutuo Soccorso GENERAL MUTUA o di altri organismi convenzionati o enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
 - Winsalute S.r.l., StemWay Biotech, CoopSalute Società Cooperativa o altre Società terze alle quali la GENERAL MUTUA può affidare il servizio di gestione delle richieste di rimborso delle spese mediche o la gestione di ulteriori servizi garantiti ai propri Associati;
 - nonché altri soggetti in ottemperanza di disposizioni di legge.

I dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistica. Possono, altresì, venire a conoscenza dei suoi dati, in qualità di "responsabili" o "incaricati", le persone fisiche quali i dipendenti, i collaboratori, i consulenti, di GENERAL MUTUA o di Società esterne, comunque riconducibili ai soggetti di cui all'elenco su indicato, e che siano coinvolti da GENERAL MUTUA nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali servizi legali, spedizioni, archivi, servizi informatici)

7. I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non agli incaricati del trattamento da parte di GENERAL MUTUA. Potranno venire a eventuale conoscenza gli Istituti Tesorieri e loro incaricati per le sole operazioni relative ad invio degli assegni o accredito di importi relativi ai rimborsi dovuti o le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio di autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta.

8. In ogni momento, ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003, è Suo diritto:

- ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei suoi dati personali, ricevere indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e delle modalità con cui verrà effettuato il trattamento;
- avere conoscenza dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i suoi dati sono comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di "responsabili" o "incaricati";
- opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei suoi dati personali, qualora raccolti a fini di informazione commerciale o per il compimento di ricerche di mercato.

9. Il titolare del trattamento è GENERAL MUTUA, in persona del legale rappresentante pro-tempore, - con sede legale in Via Giovanni Brugnoli, 11 CAP 40122 – BOLOGNA (BO).

Con la sottoscrizione della presente Informativa, il richiedente dichiara di aver preso visione della privacy e pertanto:

- **Presta il suo consenso per il trattamento dei dati personali** con le modalità e per le finalità indicate nell'informativa stessa.
- **Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati** ai soggetti indicati nell'informativa.

Luogo e Data _____

Il richiedente _____

il richiedente inoltre:

- **Dichiara di aver preso visione dello Statuto** e del Regolamento Applicativo dello Statuto di GENERAL MUTUA e del Regolamento del Piano Sanitario sottoscritto; si impegna, altresì, ad attenersi a tutte le norme e prescrizioni ivi contenute, nonché a rispettare le previsioni previste dal Piano Sanitario prescelto e che GENERAL MUTUA mette a disposizione dello stesso. L'efficacia dei sussidi avrà effetto dal giorno di ratifica da parte del CDA di GENERAL MUTUA ovvero dal giorno della sua iscrizione al libro soci, a fronte del pagamento della quota associativa e del relativo contributo relativo al Piano Sanitario.
 - Accetta espressamente che tutte le comunicazioni inerenti il rapporto Associativo, le prestazioni previste nei Sussidi Sanitari prescelti, nonché relative ad eventuali modifiche apportate di cui alla successiva lettera C) vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo di adesione.
 - Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile il richiedente dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:
 - A)** La qualifica di Socio, nonché l'adesione al Piano Sanitario - qualora prescelto - ha durata di un anno, decorrente dalla data di delibera del CDA di GENERAL MUTUA successiva alla presentazione della presente Domanda di Adesione; ad ogni scadenza annuale, la qualifica di Socio e l'adesione all'eventuale Piano Sanitario, si intenderanno tacitamente rinnovate, di anno in anno, in mancanza di disdetta, da inviarsi alla sede legale di GENERAL MUTUA in forma scritta, ed a mezzo raccomandata a.r. o e-mail pec, da inviarsi almeno 60 giorni prima della relativa scadenza annuale; l'erogazione delle prestazioni è in ogni caso subordinata al corretto pagamento della Quota Associativa e del Contributo relativo al Piano Sanitario prescelto.
 - B)** Revoca: il sottoscrittore della domanda di adesione a GENERAL MUTUA può esercitare il diritto di revoca entro 10 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione della domanda di adesione medesima, inviando lettera raccomandata A/R a GENERAL MUTUA, Via Giovanni Brugnoli n. 11, CAP 40122 – Bologna (BO). Il sottoscrittore aderente, esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato, ha diritto al rimborso degli importi versati a GENERAL MUTUA, a titolo di quota associativa annuale e di contributo relativo al Piano Sanitario scelto. Per l'operazione di rimborso, GENERAL MUTUA stonerà dall'importo dovuto il costo relativo all'operazione bancaria da effettuarsi, determinato in € 1,50. In ogni caso il diritto di revoca di cui sopra è riconosciuto al Socio unicamente al momento della presentazione della prima domanda di ammissione; è pertanto preclusa la revoca al momento del rinnovo annuale della qualifica di socio o del Piano Sanitario prescelto.
 - C)** Il Consiglio di Amministrazione di GENERAL MUTUA a tutela degli interessi di tutti i suoi Soci ha facoltà di deliberare unilateralmente:
 - modifiche al Regolamento Attuativo dello Statuto di GENERAL MUTUA;
 - variazioni del Contributo annuale per l'adesione ai Sussidi Sanitari, nonché variazioni della Quota Associativa annuale per l'adesione a GENERAL MUTUA;
 - modifiche relative alle prestazioni sanitarie individuate nei Sussidi Sanitari nonché alle condizioni di erogazione dei rimborsi (es. quote di spese a carico, massimali, prestazioni di alta diagnostica, etc.).
- In ogni caso, le variazioni di cui sopra saranno comunicate a tutti gli Associati mediante l'invio di apposita comunicazione all'indirizzo email indicato nel presente modulo di adesione
- d) Spese aggiuntive:** Per ogni versamento della quota associativa, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, GENERAL MUTUA si riserva la facoltà di richiedere il pagamento di € 2,60, comprensivo di € 1,70 per lo storno RID ed € 0,90 per la richiesta di nuovo addebito.

DATI BANCARI PER EVENTUALI RIMBORSI SPESE MEDICHE

IBAN del titolare : _____

Banca di appoggio : _____

Intestatario del Conto Corrente : _____

Indirizzo : _____ n° _____ C.A.P. _____ Città _____

Provincia : _____ Email (per eventuali comunicazioni sul rimborso) _____

Luogo e Data _____

Il richiedente _____