



Domanda di adesione a: Socio _____

Domanda di adesione numero		Convenzione		Cod. Promotore		
Cognome/Ragione Sociale/Codice Cliente BCC		Nome (in caso di azienda inserire Nome e Cognome del legale rapp.)			Sesso <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	
Luogo di nascita		Prov	Data di nascita	Età	Nazionalità	Codice Fiscale/Partita IVA
Indirizzo domicilio		CAP		Località/Frazione		Prov.
Telefono	Cellulare	E-mail			Professione	
Tipo documento <input type="radio"/> C.I. <input type="radio"/> PAT. <input type="radio"/> PASS.	Numero documento	Ente di rilasci o e luogo		Data di rilascio	Data di scadenza	
Sussidio prescelto			Frazionamento del pagamento			
			<input type="radio"/> Singolo €		<input type="radio"/> Annuale <input type="radio"/> Semestrale	
			<input type="radio"/> Nucleo €		<input type="radio"/> Trimestrale <input type="radio"/> Mensile	
			<input type="radio"/> Singolo €		<input type="radio"/> Annuale <input type="radio"/> Semestrale	
			<input type="radio"/> Nucleo €		<input type="radio"/> Trimestrale <input type="radio"/> Mensile	
Riepilogo quote e contributi associativi per richiedente socio ordinario o fruitore						
<input type="radio"/> Quota associativa socio					€ _____,00	
<input type="radio"/> Contributo aggiuntivo del sussidio prescelto					€ _____,00	
Totale quota da versare					€ _____,00	
<input type="radio"/> Addebito Bancario SDD (compilare correttamente il modello allegato per pagamento con SEPA SDD) <input type="radio"/> Bonifico Bancario intestato a Mutua iris Italia IBAN IT 13 N 05104 03205 CC0360002486 <input type="radio"/> Assegno Circolare o Bancario non trasferibile n° _____ intestato a Mutua Iris Italia Società di Mutuo Soccorso						
Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto: <input type="radio"/> Se stesso e i propri familiari <input type="radio"/> Uno o più dei suoi familiari <input type="radio"/> Solo se stesso <small>Per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo.</small>						
Familiari da garantire		Grado di parentela: 1 (Coniuge), 2 (Convivente), 3 (Figlio/a)				
Familiare 1 - Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Professione	CF		
Familiare 2 - Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Professione	CF		
Familiare 3 - Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Professione	CF		
Familiare 4 - Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Professione	CF		
Familiare 5 - Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Professione	CF		

Data _____

Il Richiedente _____

Dichiarazione di buono stato di salute per sé e per i familiari da garantire • Di essere in buono stato di salute ovvero di non essere affetto da lesioni gravi o malattie che necessitano di trattamento medico regolare e continuato; • Di non aver mai sofferto di alcuna delle seguenti malattie gravi: neoplasie maligne, malattie dell'apparato cardiovascolare, malattie del sangue, malattie dell'apparato gastrointestinale, malattie dell'apparato respiratorio, malattie dell'apparato muscoloscheletrico, malattie neurologiche, malattie dell'apparato genitourinario, malattie dell'apparato riproduttivo, malattie dell'apparato uditivo, malattie della vista, malattie del sistema endocrino, sieropositività per HIV, connettiviti sistemiche e vasculiti gravi su base immunologia, malattie genetiche, obesità; • Di non essere mai stato ricoverato in case di cura ed ospedali per le suddette malattie.	Il richiedente dichiara inoltre <input type="radio"/> Di non aver nessun tipo di malattia pregressa <input type="radio"/> Di avere le seguenti malattie pregresse _____ <input type="radio"/> Che i familiari sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia pregressa <input type="radio"/> Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse Familiare 1 _____ Familiare 2 _____ Familiare 3 _____ _____ Familiare 4 _____ Familiare 5 _____ _____
--	--

Il richiedente avendo superato i 60 anni di età allega questionario anamnestico

Data _____

Il Richiedente _____

INFORMATIVA PRIVACY
ai sensi del Regolamento UE 2016/679 N. 13 per il trattamento dei dati personali

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Regolamento UE 2016/679 n. 13)

Mutua Iris Italia Società di Mutuo Soccorso, di seguito Mutua Iris Italia in qualità di Titolare del trattamento, La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR) e della normativa vigente in materia, che i suoi dati saranno trattati con le modalità e per le seguenti finalità.

1. Oggetto del trattamento

I Suoi dati, personali (come nome, cognome, indirizzo, e-mail, telefono, riferimenti bancari ecc.) anche sensibili da Lei comunicati con la richiesta di adesione a socio o anche nel corso del rapporto associativo, sono trattati dal Titolare. Il trattamento è finalizzato all'espletamento, da parte di Mutua Iris Italia delle finalità connesse con l'attività previdenziale e assistenziale, e previste ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.

Finalità del trattamento – base giuridica e aspetti obbligatori o facoltativi.

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti alla Mutua, sono effettuati:

1. senza il Suo consenso espresso (art. 6 lett. C-f- del GDPR) per:

1.1 adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;

1.2 difendere o esercitare i diritti del Titolare (ad es.: il diritto di difesa in giudizio)

Soltanto con il Suo esplicito consenso (Artt. 7 e 9 del GDPR) per le seguenti finalità mutualistiche:

2.1 completare la richiesta di adesione a Mutua Ulisse;

2.2 attuare quanto previsto dalla forma assistenziale scelta dall'Assistito all'atto dell'adesione mediante l'erogazione di prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale. Il trattamento dei dati concerne la lavorazione (da parte della Mutua o di società da Essa incaricata) delle richieste di rimborso, ivi compresi gli accertamenti amministrativi ed i controlli sanitari; nella liquidazione (da parte della Mutua o di società da Essa incaricata) delle pratiche sanitarie indirette e di quelle in convenzione diretta. Il conferimento dei dati personali per le finalità sopra elencate, è necessario per poter gestire ed attivare il rapporto associativo. Il rifiuto a fornire i propri dati personali o l'autorizzazione al loro trattamento (compreso dati sensibili) comporterà l'impossibilità per la Mutua a iscriverne l'associando, e se fosse già attiva l'iscrizione, Mutua Italia sospenderà l'efficacia del rapporto associativo.

3. Modalità del trattamento dei dati.

Il trattamento dei dati personali (strettamente correlato alle finalità sopra indicate) avviene mediante sia strumenti manuali che elettronici, e/o automatizzati con modalità e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi. Il trattamento avviene con operazioni indicate art. 4 n. 2) del GDPR : raccolta, registrazione. Organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, estrazione, raffronto, utilizzo, comunicazione, limitazione, cancellazione e distruzione dei dati

All'uopo si precisa ulteriormente che il trattamento dei dati personali è effettuato in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito e non conforme alle finalità della raccolta. In particolare, nel trattamento dei dati, la Mutua, e così pure i responsabili a ciò preposti, si avvarranno di misure organizzative, fisiche e logiche idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni più idonea misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati stessi, quali controlli periodici, custodia in armadi chiusi, dispositivi antincendio e continuità elettrica, identificazione utente, controllo anti virus, backup periodici, etc.

I dati personali relativi ai soci iscritti, non sono soggetti a diffusione e potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori della Mutua, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità quali consulenti, dipendenti di società esterne riconducibili ad alcuno dei soggetti di cui al successivo punto 4.

4. Comunicazione dei dati.

Per la gestione dell'attività, Mutua Iris Italia potrà comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia quali:

Compagnie di Assicurazioni, Riassicurazione e Broker Assicurativi, Service amministrativi, a Società incaricate della gestione dei servizi di Centrale operativa o di Contact Center (per la gestione dei rimborsi o delle richieste di accesso alle strutture convenzionate in regime di assistenza diretta), della gestione dei collegamenti informatici, delle attività di consulenza, nonché di altre attività connesse a quelle indicate, della cui collaborazione la Mutua si avvale;

Istituti bancari per bonifici connessi alla gestione dell'attività;

Struttura medica alla quale Ella intende rivolgersi;

Società che gestiscono servizi postali informatizzati; consulenti medici, legali e tributari della Mutua .

Tali soggetti utilizzeranno i dati in qualità di autonomi "titolari" o di "responsabili" di specifici trattamenti in base ad accordi contrattuali con la Mutua, o con società di fiducia da Essa incaricata..

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

5. Diritti dell'interessato.

Ai sensi degli artt. 13 comma 2, lettere (b) e (d); 15;18;19 e 21 del GDPR, informiamo che l'interessato:

ha il diritto a chiedere al Titolare: di accedere in ogni momento ai dati che Lo riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione; di opporsi ai loro trattamento, e anche il diritto alla portabilità dei dati.

Il Titolare si impegna a comunicare a ciascuno dei destinatari cui sono trasmessi i dati personali, le eventuali rettifiche, cancellazioni o limitazioni richieste dall'interessato, salvo che questo risulti impossibile o costituisca un lavoro sproporzionato;

In qualsiasi momento potrà essere revocato il consenso prestato;

ha il diritto di proporre reclamo al Garante della Privacy, se ritenga che i Suoi dati siano stati trattati illegittimamente, consultando il sito www.garantepprivacy.it.

Per esercitare i Suoi diritti Lei potrà inviare in qualsiasi momento

una e-mail/ info@mutuaisitalia.org

una raccomandata A/R a : Mutua Iris Italia- Via della Magliana, 184 -00146 Roma

Conservazione dei dati

I dati personali comunicati, saranno conservati per il tempo necessario all'erogazione dei servizi previsti da Mutua Iris Italia, a favore degli iscritti, salvo che non sia richiesta la revoca del consenso specifico da parte del socio.

7. Registrazione delle telefonate

La informiamo che le telefonate al Call center della Mutua (se esistente) o di società da Essa incaricata per la gestione dei servizi assistenziali, potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa concernente la suddetta possibilità sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato, che registrerà le chiamate in entrata. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato ed in nessun modo disponibile a qualsiasi operatore non espressamente autorizzato.

Le registrazioni delle telefonate potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato – dipendenti e/o collaboratori del Call center – i quali, in qualità di incaricati del trattamento dati, svolgono il servizio di assistenza tecnica e/o coordinamento dei servizi di Customer Care.

TITOLARE E RESPONSABILI DEL TRATTAMENTO Titolare del trattamento è: Mutua Iris Italia, Via della Magliana, 184 L'elenco dei Responsabili del Trattamento, all'occorrenza, potrà essere direttamente richiesto alla Mutua.

Il richiedente, inoltre:

Autorizza la Società Generale di Mutuo Soccorso Iris Italia ad utilizzare il suo indirizzo e-mail per ricevere tutte le comunicazioni inerenti la qualifica di socio.

Dichiaro di aver preso visione della Privacy, dello Statuto ed in modo particolare del Regolamento Applicativo Interno della Società Generale di Mutuo Soccorso Iris Italia e del regolamento aggiuntivo del sussidio sottoscritto. E' altresì stato informato che le formule dettagliate delle prestazioni erogabili, sono liberamente consultabili presso la Sede della Società Generale di Mutuo Soccorso Iris Italia sita in Via della Magliana 184 00146 Roma (RM) e si intende sin d'ora considerata l'unica normativa contrattuale ufficiale, cui far riferimento in caso di controversie di qualsiasi natura. L'efficacia dei sussidi avrà effetto unicamente dal giorno di ratifica da parte del CDA della Società Generale di Mutuo Soccorso Iris Italia ovvero dal giorno della sua iscrizione al libro soci.

Dichiaro, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 Cod. Civ., di aver preso visione e di accettare specificatamente le clausole di cui all'art. 35 dello Statuto "Clausola Compromissoria" e "Foro Esclusivo".

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:

Recesso: il sottoscrittore della domanda di adesione alla **Società Generale di Mutuo Soccorso Iris Italia** può esercitare il diritto di recesso entro i 10 giorni dalla sottoscrizione, inviando lettera raccomandata A/R alla Società Generale di Mutuo Soccorso Iris Italia, Via della Magliana 184 00146 Roma (RM). Esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato, ha il diritto al rimborso dell'intera quota sottoscritta, corrispondente al contributo associativo di base annuale, alla quota associativa di base annuale (non detraibile) e la quota di sussidio (copertura sussidio scelto).

Per l'operazione di rimborso, la Società Generale di Mutuo Soccorso Iris Italia stonerà dall'importo della quota il costo relativo all'operazione bancaria da effettuarsi, determinato in euro 5,00.

Luogo _____

Data _____

Il richiedente _____

AUTORIZZAZIONE PER L' ADEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT (1)

DATI IDENTIFICATIVI DEL CREDITORE

Ragione Sociale	Mutua Iris Italia - Società di Mutuo Soccorso					
Sede Legale:	Via Magliana 184 1 - 00146 Roma (RM)					
Codice Identificativo del Creditore	IBAN IT 13 N 05104 03205 CC0360002486					
Codice IBAN del conto corrente (2)						
Codice Paese	CIN IBAN	CIN	ABI	CAB	Numero di conto corrente (il campo deve contenere 12 caratteri)	

DATI IDENTIFICATIVI DEL SOCIO (di seguito DEBITORE) (3)

DATI IDENTIFICATIVI e INDIRIZZO INTESTATARIO C/C DI ADEBITO (4) (dati da compilare nel caso in cui il correntista sia diverso dal socio)

Cognome e Nome/ Ragione Sociale*	Cognome e Nome/ Ragione Sociale*
indirizzo	indirizzo
CAP/città	CAP/città
Codice Fiscale	Codice Fiscale
Email	Email
Cellulare	Cellulare

La informiamo che ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera i bis del DPR 917/86, il socio potrà detrarre dalle proprie imposte i contributi versati nei limiti previsti dalle normative vigenti. Tali contributi, per essere fisicamente agevolati, devono essere sostenuti dal socio: si invita a verificare, pertanto, l'intestazione del c/c di addebito ed il documento emesso dall'istituto di credito. Nel caso in cui il c/c fosse cointestato con altri soggetti, la invitiamo a riportare solamente il nominativo ed il codice fiscale del socio, tralasciando eventuali cointestati

ADESIONE

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal debitore con la Banca stessa
I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca

Il Debitore _____

Il/Il sottoscritto/i può/possono riservarsi il diritto di chiedere all'Azienda di credito il rimborso di quanto addebitato entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Luogo _____ Data _____ Il Debitore _____

REVOCA

Il Debitore revoca l'autorizzazione permanente di addebito in c/c sopra riportata, relativa agli addebiti diretti RID inviati all'Azienda Creditrice e contrassegnati con le coordinate dell'Azienda o aggiornate d'iniziativa dall'azienda stessa.

Il Debitore _____

Luogo _____ Data _____ Il Debitore _____

Note

- 1) La presente autorizzazione permanente di addebito è subordinata all'accettazione da parte del Prestatore di servizi di pagamento (PSP) del Debitore
- 2) Codice IBAN conto correntista
- 3) in questo campo indicare i dati del debitore
- 4) indicare i dati del/dei correntisti che effettuano il pagamento