

# Mod. reg. 1 DOMANDA DI AMMISSIONE/ADESIONE SOCIO COOP

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_

Chiedo, in forza della convenzione mutualistica sottoscritta del Consorzio Musa e Coop Italia per conto delle rispettive associate, di essere iscritto alla SMA accettando integralmente lo Statuto, il Regolamento dell'Assistenza approvato nella suddetta convenzione e il Regolamento in vigore, di cui ho avuto copia e che dichiaro di conoscere, per averli già letti. Nel caso in cui il CdA deliberi la mia ammissione chiedo di essere inserito nella seguente forma di assistenza:

- |                                                                                        |                                                                                     |                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PIANO B</b>                                                                         | <b>PIANO C</b>                                                                      | <b>PIANO D</b>                                                                        |
| <input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 135,00 (€ 11,25 mensili)  | <input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 58,00 (€ 4,83 mensili) | <input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 154,00 (€ 12,83 mensili) |
| <input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 116,00 (€ 9,50 mensili)                | <input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 58,00 (€ 4,83 mensili)              | <input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 154,00 (€ 12,83 mensili)              |
| <input type="checkbox"/> Figlio o affiliato € 84,00 (€ 7,00 mensili)                   | <input type="checkbox"/> Figlio o affiliato € 39,00 (€ 3,25 mensili)                | <input type="checkbox"/> Figlio € 108,00 (€ 9,00 mensili)                             |
| <input type="checkbox"/> Aderenti di età inferiore ai 14 anni € 12,00 (€ 1,00 mensili) | <input type="checkbox"/> Bambini fino al 6° anno di età <b>gratuito</b>             |                                                                                       |

Le forme di assistenza per i familiari sono attivabili solo se è sottoscritta la forma di assistenza per il socio (primo iscritto).  
**Oltre ai contributi relativi alle forme di assistenza scelte, solo per il primo anno è prevista una quota di ammissione (una tantum) di 10,00 Euro.**

Mi impegno a pagare il relativo contributo associativo annuo sopra previsto dal Regolamento dell'Assistenza prescelta.  
 L'iscrizione si riterrà tacitamente rinnovata ogni anno salvo disdetta entro il 31 ottobre a mezzo raccomandata o PEC.

Per il primo anno di iscrizione il versamento è pari a € \_\_\_\_\_ (a cui aggiungere la quota di ammissione per il solo primo anno € 10,00).

Sono a conoscenza che la decorrenza della data di iscrizione sarà quella del primo giorno del mese successivo al primo pagamento del contributo associativo.

Firma \_\_\_\_\_  
 (del richiedente)

Il socio presa conoscenza del contenuto normativo dei Regolamenti accetta espressamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 c.c., le norme che di seguito si trascrivono integralmente:

**Esclusione di responsabilità della Società per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati**

È da ritenersi esclusa ogni responsabilità anche indiretta, a qualsiasi titolo nessuno escluso, della Società per eventuali danni arrecati al socio e/o ai propri aventi diritto a seguito delle prestazioni (in particolare quelle sanitarie e legali) erogate presso strutture o da professionisti convenzionati con la Società medesima.

**Perdita dei sussidi per morosità. Esclusione da socio**

Non provvedendo al pagamento entro il periodo indicato, i diritti del Socio resteranno sospesi e potranno essere riacquistati mediante il pagamento delle rate scadute e dopo una carenza di 30 giorni dalla data del pagamento. Nel caso in cui la morosità superasse i quattro mesi, il Socio potrà riacquistare i propri diritti dopo tre mesi dalla data del pagamento.

Il mancato pagamento dei contributi sociali è causa di decadenza automatica al termine di ogni anno. La sospensione del pagamento non libera il Socio dall'obbligo del saldo dei contributi annuali.

**Prestazioni escluse:**

Gli associati 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.

Lo stato di sieropositività HIV al momento dell'iscrizione a Mutua esclude ogni assistenza anche all'insorgere in forma conclamata di AIDS. Le cure, le analisi e i ricoveri conseguenti a gravidanza in corso al momento dell'iscrizione, non sono in nessun caso assistibili.

• **SONO SEMPRE ESCLUSE:** le malattie nervose e/o mentali; le malattie congenite; le malattie e/o gli infortuni provocati da fatti colposi di terzi, salvo il caso in cui sia accertata la irreperibilità e/o non solvibilità del terzo responsabile; le conseguenze derivanti da abuso di alcolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni; le prestazioni eseguite ad esclusivo scopo preventivo (con particolare riguardo ai check-up); le cure estetiche; le malattie e/o gli infortuni derivanti da risse ed ubriachezza, da maneggio di armi o da manifesta imprudenza, le malattie e/o gli infortuni occorsi nello svolgimento di competizioni sportive agonistiche; le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni di nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche o di esposizione a radiazioni ionizzanti; le conseguenze di guerre, insurrezioni, atti di terrorismo, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.

• **NON SONO RIMBORSABILI:** le cure e le visite dentistiche (sono invece comprese le indagini di tipo diagnostico), le terapie farmacologiche, ogni tipo di vaccinazione, l'applicazione di spirali, gli accertamenti e le cure contro la sterilità, le indagini diagnostiche pre maternità e pre paternità, le visite psicologiche e psichiatriche, le visite medico sportive, le iniezioni e altre prestazioni infermieristiche, le cure termali e le terapie fisiche (come fisioterapia, inofresi, iontoforesi, ultrasuoni, marconiterapia, radar, forni, elettrostimolazioni, massoterapia, ginnastica, magnetoterapia, fitoterapia, tens, rebox, laser, manipolazioni e altre prestazioni analoghe).

**Recesso**

Il socio può recedere dalla Mutua dandone comunicazione al Consiglio di Amministrazione, a mezzo di raccomandata con avviso di ricevimento, entro e non oltre il 31 ottobre di ogni anno a valere per l'anno successivo. Se il socio non esercita la facoltà del recesso, la sua iscrizione si intende tacitamente rinnovata di anno in anno.

Firma \_\_\_\_\_  
 (del richiedente)

Data \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili**

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il Socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679, esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei:

- propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio;
- istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi;
- soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà;
- società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio.

Il consenso è inoltre reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, ecc.).

Firma \_\_\_\_\_  
 (del richiedente)

Data \_\_\_\_\_

## Mod. reg. 3 Autocertificazione del nucleo familiare

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_  
Azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
Professione \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### Inoltre DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

e consapevole delle conseguenze, anche legali art. 482 e 486 C.P. e che comunque potrebbero incidere il diritto ai sussidi in caso di dichiarazione mendace, che il proprio nucleo familiare avente diritto di cui all'articolo 2.1. del Regolamento della Società, è così composto:

Grado parentela (1)	Nominativo familiare	Data di nascita	Luogo di nascita/Provincia	Carico fiscale (si/no) (2)	Firma del familiare (3)
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Professione</b>				
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Professione</b>				
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Professione</b>				
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Professione</b>				
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Professione</b>				
<b>Codice Fiscale</b>	<b>Professione</b>				

#### Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il Socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679, esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei:

propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio;  
Istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi;  
soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà;  
società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio.

Il consenso è inoltre reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, ecc.).

Firma \_\_\_\_\_  
(del richiedente)

Data \_\_\_\_\_

- (1) Specificare se coniuge, convivente more-uxorio, figlio/a
- (2) Indicare se a carico fiscale del socio (SI/NO)
- (3) Con la firma il familiare intende accordato il proprio consenso al trattamento dei dati personali, così come sopra specificato. Per i figli minorenni non occorre la firma degli interessati, il consenso è espresso con la firma del socio

# INFORMATIVA PRIVACY A NORMA DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Gentile Cliente, il Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali (RGPD) all'art. 13 impone l'obbligo di informare l'interessato, in caso di raccolta diretta dei suoi dati, sugli elementi fondamentali del trattamento.

La scrivente impresa Vi adempie informandoLa che:

## **A) Finalità del trattamento dei dati e base giuridica**

**A1) Per finalità associative**

A.1.1) I dati riguardanti la sua persona e i suoi famigliari anche minori (come ad esempio, nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica, iban bancario) che lei o altri soggetti ci forniscono, risultano indispensabili per fornire i servizi associativi.

I dati di cui sopra da lei forniti sono necessari per il perfezionamento del rapporto associativo e per la sua gestione ed esecuzione, in particolare potranno essere utilizzati per l'espletamento delle finalità istituzionali ed economiche attinenti all'esercizio delle attività di assistenza economica di tipo socio assistenziale, socio sanitaria, nonché sanitaria e parasanitaria e di quelle ad esse connesse ai sensi delle vigenti disposizioni di legge, in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornire correttamente le prestazioni richieste.

Se deciderà di iscriversi nella Sezione "PORTALE SMA CON TE" del sito di riferimento utilizzeremo questi dati anche per identificare la Sua persona come nostro associato e fornirLe correttamente i servizi previsti dalla Sua convenzione ed inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a lei e i suoi famigliari eventualmente iscritti di ottenere i servizi on line tramite la Sezione "PORTALE SMA CON TE" del nostro portale e per fornirLe, a mezzo mail, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento nonché le posizioni riguardanti i Suoi famigliari eventualmente assicurati.

A.1.2) Inoltre, raccogliamo categorie particolari di dati (idonei a rilevare le Sue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc...), inviateci in formato cartaceo o caricati in formato digitale nella sezione dedicata presente nel sito di riferimento per dare corso alle prestazioni previste dalla convenzione, nonché per fornirLe i servizi richiesti e per adempimenti normativi. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni della convenzione sottoscritta, ma potranno essere oggetto di trattamento solo previo rilascio di esplicito consenso Suo o del Suo eventuale familiare/convivente interessato.

## **B) Per finalità di marketing**

I dati personali con esclusione di quelli appartenenti a categorie particolari potranno essere altresì trattati per finalità di effettuazione di comunicazioni commerciali relative a prodotti o servizi della società titolare, di società e soddisfazione dei servizi, mediante tecniche di comunicazione a distanza comprensive di modalità automatizzate di contatto (come SMS, mms, fax, chiamate telefoniche automatizzate, posta elettronica) e tradizionali (come posta cartacea e chiamate telefoniche con operatore). Il mancato conferimento dei Suoi dati per le finalità di cui al punto C), nonché il Suo consenso espresso per la medesima finalità, non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla sottoscrizione e/o gestione dei rapporti giuridici in essere, precludendo esclusivamente l'espletamento delle attività indicate nel presente paragrafo.

La base giuridica del trattamento di cui al punto A.1.1 è l'esistenza del legittimo interesse del titolare, in quanto esiste una relazione pertinente e appropriata tra l'interessato e il titolare del trattamento. La base giuridica di cui ai punti A.1.2) e B) invece è costituita dal Suo consenso.

## **C) Per finalità di profilazione**

I dati (non sensibili/particolari) derivanti dalla compilazione di nostri/e form/schede o ricavabili dalla tipologia dei suoi acquisti, potrebbero essere utilizzati, solo ed esclusivamente previo suo libero, facoltativo, apposito ed esplicito consenso revocabile in qualsiasi momento, anche per individuare e definire i gusti, le preferenze, le abitudini, i bisogni e le scelte di consumo della sua persona (così detta "profilazione"). Dopo aver espresso il consenso, è comunque suo diritto opporsi, in qualunque momento e senza spese, al trattamento dei suoi dati per la presente finalità.

## **B) Modalità di trattamento dei dati**

I dati personali e i dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio relativi allo stato di salute) saranno oggetto di trattamento in conformità alla normativa vigente. In particolare, i ridetti dati verranno trattati mediante strumenti manuali ed informatici, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei medesimi, nonché la piena osservanza di legge, così come richiesto dalla normativa vigente.

## **C) Categorie di dati e relativa provenienza**

Oggetto del trattamento sono i dati personali da lei forniti mediante la Sezione "PORTALE SMA CON TE" del nostro sito di riferimento nonché categorie particolari di dati personali (relativi allo stato di salute) e cioè quelli eventualmente da Lei trasmessi in seguito. Pertanto, si informa che i dati personali oggetto di trattamento sono raccolti dall'interessato direttamente all'atto della compilazione del Modulo nella Sezione "PORTALE SMA CON TE" del sito internet di riferimento, nonché l'ulteriore documentazione in seguito eventualmente consegnata.

## **D) Natura del conferimento dei dati e relativa provenienza**

Il conferimento dei dati di cui sopra è facoltativo ma necessario al fine di adempiere alle finalità di cui al punto A) nonché agli obblighi di legge e contrattuali.

## **E) Ambito di comunicazione**

Nei limiti pertinenti alle finalità del trattamento indicate, possono venire a conoscenza dei medesimi soltanto i propri consulente medici; soggetti esterni con specifici incarichi anche consulenziale per conto della SMA MODENA – Società di Mutua Assistenza (gestione contabile, fiscale, servizi informatici, incassi dei contributi associativi, verifiche documentazione sanitaria prodotta e ogni altro documento previsto dalle norme statuarie e/o convenzionali per la richiesta di sussidi); istituti bancari, postali a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; a compagnie assicurative per l'eventuale erogazione a carico di sussidi economici, anche non diretti, correlati e previsti a coperture soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali comunque esclusivamente per scopi solidaristici; Agenzia delle entrate, Ministero dell'economia e delle finanze e Ministero della salute; altri Responsabili del trattamento nominati da SMA – Società di Mutua Assistenza e che gestiscono servizi che comportano i trattamenti sopra descritti; organismi di diritto pubblico o incaricati di prestare servizi pubblici in adempimento di obblighi previsti dalla legge; società esterna che si occupa della realizzazione dei programmi gestionali per l'attività propria di SMA; società esterna che si occupa del salvataggio dei dati in Cloud; Compagnie di assicurazioni che possono prestare assistenza economica integrativa o sussidiaria alle prestazioni erogate direttamente da SMA – Società di Mutua Assistenza; Altre società/

Enti che collaborano con SMA – Società di Mutua Assistenza con le quali sussiste un rapporto per l'erogazione indiretta di assistenze sanitarie, socio sanitarie, socio assistenziali; Strutture sanitarie convenzionate direttamente o per interposto soggetto con SMA – Società di Mutua Assistenza con le quali è definito un rapporto per l'erogazione di servizi sanitari diretti.

#### **F) Periodo di conservazione**

In conformità al principio di limitazione della conservazione di cui all'art.5 del Regolamento Europeo (UE) n. 679/2016 (GDPR), i dati raccolti che sono oggetto di trattamento per le finalità sopra indicate, saranno conservate in base alle scadenze previste alle norme di legge e, successivamente, per il tempo in cui SMA – Società di Mutua Assistenza sia soggetto a obblighi di conservazione per finalità previste da norme di legge o di regolamento. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.

#### **G) Diritti dell'Interessato**

Tra i diritti a Lei riconosciuti dal GDPR rientrano quelli di:

-chiedere al Titolare del Trattamento l'accesso ai Suoi dati personali ed alle informazioni relative agli stessi; la rettifica dei dati inesatti o l'integrazione di quelli incompleti; la cancellazione dei Suoi dati personali (al verificarsi di una delle condizioni indicate nell'art.17, paragrafo 1 del GDPR e nel rispetto delle eccezioni previste nel paragrafo 3 dello stesso articolo); e la limitazione del trattamento dei Suoi dati personali (al ricorrere di una delle ipotesi indicate nell'art. 18, paragrafo 1 del GDPR);

-opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi dati personali al ricorrere di situazioni particolari che La riguardano;

-revocare il consenso in qualsiasi momento, limitatamente alle ipotesi in cui il trattamento sia basato sul Suo consenso per una o più specifiche finalità e riguardi dati personali comuni (ad esempio data e luogo di nascita o luogo di residenza), oppure particolari categorie di dati (ad esempio dati che rivelano l'origine razziale, le opinioni politiche, le convinzioni religiose, lo stato di salute o la vita sessuale). Il trattamento basato sul consenso ed effettuato antecedentemente alla revoca dello stesso conserva comunque, la sua liceità;

-proporre reclamo a un'autorità di controllo (Autorità Garante per la protezione dei dati personali – con sede in Roma, Piazza Monte Citorio n.121 - [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)).

#### **H) Titolare del Trattamento e Responsabile della protezione dei Dati personali**

Il Titolare del Trattamento è SMA - Società Mutua Assistenza con sede legale in 41124 – Modena, Largo Aldo Moro, n.1. Il Titolare del Trattamento può essere contattato mediante indirizzo mail: oppure telefonicamente al seguente numero: 059.7100555.

## **CONSENSO**

Affinché SMA – Società Mutua Assistenza possa trattare i Suoi dati è necessario prestare il consenso al Trattamento dei Dati:

Con la presente dichiaro di aver letto e ricevuto la sopra riportata informativa e, firmando in calce nell'apposito spazio, dichiaro di prestare il mio libero, consapevole, informato consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per attivazione di pratiche o/e di proseguimento di pratiche attive e in corso con la scrivente – Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 di cui alla lettera A.1.2) delle finalità di cui sopra.

\_\_\_\_\_  
Nome e cognome del titolare della convenzione

\_\_\_\_\_  
Firma per il consenso

2) Consenso al trattamento dei dati personali per finalità di marketing di cui alla lettera B) di cui sopra; di invio di comunicazioni commerciali a distanza relative a offerte di prodotti e servizi nostri, nonché di società terze, nostre partners commerciali mediante le seguenti tecniche di comunicazione a distanza: posta, telefono, sistemi automatizzati di chiamata, e-mail, fax, sms o mms.

\_\_\_\_\_  
Nome e cognome del titolare della convenzione

\_\_\_\_\_  
Firma per il consenso

3) Consenso al trattamento dei dati personali per finalità di profilazione di cui alla lettera C) di cui sopra: i dati (non sensibili/particolari) derivanti dalla compilazione di nostri/e form/schede o ricavabili dalla tipologia dei suoi acquisti, potrebbero essere utilizzati, solo ed esclusivamente previo suo libero, facoltativo, apposito ed esplicito consenso revocabile in qualsiasi momento, anche per individuare e definire i gusti, le preferenze, le abitudini, i bisogni e le scelte di consumo della sua persona (così detta "profilazione"). Dopo aver espresso il consenso, è comunque suo diritto opporsi, in qualunque momento e senza spese, al trattamento dei suoi dati per la presente finalità;

\_\_\_\_\_  
Nome e cognome del titolare della convenzione

\_\_\_\_\_  
Firma per il consenso

**SOCIETÀ MUTUA ASSISTENZA**

**Società Mutuo Soccorso**

Largo Aldo Moro, 1 - 41124 Modena (MO)

+39 059 7100555 - [info@smamodena.it](mailto:info@smamodena.it)

[www.smamodena.it](http://www.smamodena.it)