

Domanda di adesione a:

☐ **Socio Ordinario**
(Se il richiedente è persona fisica)

☐ **Socio Partecipante**
(Se il richiedente è persona giuridica
e/o associazione)

☐ **Socio**

Domanda di adesione numero	Convenzione	Cod. Informatore

Dati del Richiedente					
Cognome/Ragione Sociale		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 _/_/____	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	Contributo annuo	Copertura scelta		Frazionamento del pagamento	
A _____	€ _____	<input type="radio"/> Singolo	<input type="radio"/> Nucleo	<input type="radio"/> Mensile	<input type="radio"/> Trimestrale
B _____	€ _____	<input type="radio"/> Singolo	<input type="radio"/> Nucleo	<input type="radio"/> Semestrale	<input type="radio"/> Annuale
C _____	€ _____	<input type="radio"/> Singolo	<input type="radio"/> Nucleo	In caso di frazionamento è obbligatorio compilare il modello di addebito SEPA.	

Riepilogo quote e contributi associativi per richiedente socio ordinario o fruitore	
<input type="radio"/> Quota associativa di base annuale (non detraibile)	€ 30,00
<input type="radio"/> Contributo associativo di base annuale	€ 30,00
<input type="radio"/> Quota associativa socio fruitore	€ _____,00
<input type="radio"/> Contributo aggiuntivo del sussidio prescelto (A+B+C)	€ _____,00
<input type="radio"/> Contributo volontario	€ _____,00
Totale quota da versare	€ _____,00

Riepilogo quote e contributi associativi per richiedente socio partecipante	
Contributo associativo di base annuale (variabile a seconda del numero dei dipendenti)	€ _____,00
<input type="radio"/> Fino a 5: € 100,00 <input type="radio"/> Da 6 a 15: € 150,00 <input type="radio"/> Da 16 a 30: € 200,00 <input type="radio"/> Da 31 a 40: € 350,00 <input type="radio"/> Da 41 a 50: € 500,00 <input type="radio"/> Da 51 in poi: € 1000,00	
Contributo sussidio scelto (copertura sussidio scelto x numero di dipendenti da garantire) N° dipendenti: _____	€ _____,00
Totale quota da versare	€ _____,00

<input type="radio"/> Addebito SEPA (compilare correttamente il modello allegato per pagamento Sepa)	<input type="radio"/> Bollettino di Conto Corrente Postale intestato a Aglea Salus - CC Numero 1027834157
<input type="radio"/> Bonifico Bancario intestato a Aglea Salus - IBAN IT50J0878739220000000040738	<input type="radio"/> Assegno Circolare o Bancario non trasferibile n° _____ intestato a Aglea Salus s.g.m.s.
<input type="radio"/> Bonifico Postale intestato a Aglea Salus - IBAN IT95U0760103200001027834157	

N.B.: Non saranno ritenute valide altre modalità di pagamento al di fuori di quelle sopraelencate ed intestate solo ed esclusivamente ad Aglea Salus

Il richiedente chiede di inserire nel sussidio prescelto:

☐ Se stesso e i propri familiari ☐ Uno o più dei suoi familiari ☐ Solo se stesso

Per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo.

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	C.F.	Sussidio scelto
Familiare 2 - Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Professione	C.F.	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
Familiare 3 - Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Professione	C.F.	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
Familiare 4 - Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Professione	C.F.	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C
Familiare 5 - Nome e Cognome	Data e Luogo di nascita	Grado di parentela	Professione	C.F.	<input type="radio"/> A <input type="radio"/> B <input type="radio"/> C

Data _____

Il Richiedente X

Dichiarazione di buono stato di salute per sé e per i familiari da garantire	Il richiedente dichiara inoltre												
<ul style="list-style-type: none">Di essere in buono stato di salute ovvero di non essere affetto/i da lesioni gravi o malattie che necessitino 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 immunologica, malattie genetiche, obesità;Di non essere mai stato/i ricoverato/i in case di cura ed ospedali per le suddette malattie.	<p><input type="radio"/> Di non aver nessun tipo di malattia pregressa <input type="radio"/> Di avere le seguenti malattie pregresse _____</p> <p><input type="radio"/> Che i familiari sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia pregressa</p> <p><input type="radio"/> Che i familiari sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse</p> <table><tbody><tr><td>Familiare 1</td><td>Familiare 2</td><td>Familiare 3</td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr><tr><td>Familiare 4</td><td>Familiare 5</td><td></td></tr><tr><td>_____</td><td>_____</td><td></td></tr></tbody></table>	Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3	_____	_____	_____	Familiare 4	Familiare 5		_____	_____	
Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3											
_____	_____	_____											
Familiare 4	Familiare 5												
_____	_____												

Data _____

Il Richiedente X

INFORMATIVA PRIVACY

Ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003 - "Codice della Privacy" in materia di protezione dei dati personali e dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 (in seguito, "GDPR"), 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 secondo le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare e Responsabile del trattamento dei dati personali

Il Titolare del trattamento dei dati raccolti sul Sito è Aglea Salus sita in Via Maremmana, 1 - 00017 - Nerola (RM), Italia (di seguito, "Aglea Salus" o il "Titolare").

Il Responsabile per il trattamento dei dati personali è il Sig. Giancarlo Di Virgilio quale Direttore operativo della Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus sita in Via Maremmana, 1 - 00017 - Nerola (RM) e può essere contattato al seguente indirizzo e-mail privacy@agleasalus.it.

2. Oggetto del Trattamento

Il Titolare tratta i dati personali, sensibili e identificativi (ad esempio, nome, cognome, ragione sociale, indirizzo, telefono, e-mail, riferimenti bancari e di pagamento, stato di salute e patologie in generale) – in seguito, "dati personali" o anche "dati" da Lei comunicati in occasione della conclusione di contratti per i servizi del Titolare

3. Finalità di trattamento

I suoi dati saranno trattati per finalità: 1) istituzionali, relative alla gestione della domanda di ammissione a socio e di tutti i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualità di socio, a norma di legge, di statuto e di regolamento, quali documenti istituzionali messi a disposizione sul sito web www.agleasalus.it; 2) gestionali per l'amministrazione del rapporto associativo, per eventuali contenziosi (inadempimenti, recupero crediti per contributi da versare, controversie giudiziarie). Solo previo Suo specifico e distinto consenso (artt. 23 e 130 Codice Privacy e art. 7 GDPR), per le seguenti Finalità di Marketing: per l'invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività della Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus e di organismi convenzionati (invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, promozioni in genere ecc.) via e-mail, posta e/o sms e/o contatti telefonici, newsletter, comunicazioni commerciali e/o materiale pubblicitario su prodotti o servizi offerti dal Titolare e rilevazione del grado di soddisfazione sulla qualità dei servizi;

4. Modalità di trattamento e periodo di conservazione dei dati

Il trattamento dei Suoi dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4 Codice Privacy e all'art. 4 n. 2) GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati. I Suoi dati personali sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato. Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque per non oltre 5 anni dalla cessazione del rapporto per le Finalità di Servizio e per non oltre 1 anni dalla raccolta dei dati per le Finalità di Marketing.

5. Il conferimento dei dati personali

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio ai sensi delle vigenti norme dello Statuto e del Regolamento della Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus per porre in essere il rapporto associativo e consentire gli indennizzi dovuti. Il loro mancato conferimento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto associativo. Il conferimento dei dati per le finalità di Marketing è facoltativo. Può decidere di non conferire alcun dato o di negare successivamente la possibilità di trattare dati già forniti: in tal caso, non potrà ricevere newsletter, comunicazioni commerciali e materiale pubblicitario inerenti ai Servizi offerti dal Titolare.

6. Accesso ai dati

I soggetti che possono venire a conoscenza dei dati personali dell'utente in qualità di responsabili o incaricati ex art. 13, comma 1 del GDPR sono:

- Il Titolare del trattamento
- Il personale del Titolare del trattamento, per l'espletamento delle richieste dell'utente (registrazione al sito web, iscrizione al servizio Area Riservata, risposta ad un'informazione, regolarizzazione pagamenti e domanda di adesione)
- Il personale di Ispazio Service s.r.l., in qualità di Health Service Provider, per la lavorazione delle richieste di rimborso spese mediche, autorizzazione al ricovero sanitario ed indennizzi spettanti per malattia o infortunio, nella loro qualità di incaricati e/o responsabili interni del trattamento e/o amministratori di sistema;
- Le società terze o altri soggetti (a titolo indicativo, istituti di credito, studi professionali, consulenti, compagnie di assicurazione, Casse di assistenza sanitaria, centri medici e polispecialistici e altre società di mutuo soccorso ecc) che svolgono attività di outsourcing per conto del Titolare, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento.

7. Comunicazione dei dati

Senza necessità di un espresso consenso (ex art. 24 lett. a), b), d) Codice Privacy e art. 6 lett. b) e c) GDPR), il Titolare potrà comunicare i suoi dati per le finalità di cui all'art. 3 ad Autorità Giudiziarie, a compagnie di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi, Health Service Provider, nonché a quei soggetti la cui comunicazione sia obbligatoria per legge per l'espletamento delle finalità dette.

Tali soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

8. Trasferimento dati

I dati personali sono conservati sui server ed archivi del Titolare e/o di società terze e nominate quali Amministratori di Sistema e/o Responsabile del Trattamento, ubicati in Nerola, via Maremmana, 1 00017, (RM), Italia. I dati non saranno oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

9. Diritti dell'interessato

Nella Sua qualità di interessato, ha i diritti di cui all'art. 7 Codice Privacy e art. 13 comma 2, 15, 18, 19 e 21 del GDPR, qui riassunti nei seguenti punti:

- Ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- Ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità di trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art. 5, comma 2 Codice Privacy e art. 3, comma 1, GDPR; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati;
- Ottenere: a) l'aggiornamento, la rettifica ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;
- Opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che la riguardano a fini di invio del materiale o di comunicazione commerciale, mediante l'uso di sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore mediante e-mail e/o mediante modalità di marketing tradizionali mediante telefono e/o posta certificata. Si fa presente che il diritto di opposizione dell'interessato, esposto al precedente punto b), per finalità di marketing diretto mediante modalità automatizzate si estende a quelle tradizionali e che comunque resta salva la possibilità per l'interessato di esercitare il diritto di opposizione anche solo in parte. Pertanto, l'interessato può decidere di ricevere solo comunicazioni mediante modalità tradizionali ovvero solo comunicazioni automatizzate oppure nessuna delle due tipologie di comunicazione.

Ove applicabili, ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR (Diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto all'opposizione), nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante su www.garanteprivacy.it.

10. Modalità di esercizio dei diritti

Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

- Una raccomandata a.r. a Aglea Salus SGMS, via Maremmana, 1 00017 Nerola (RM)
- Una e-mail all'indirizzo privacy@agleasalus.it

11. Responsabili e incaricati

L'elenco aggiornato dei responsabili e degli incaricati al trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento.

☐ Il/La richiedente, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE n. 2016/679, è consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), dell'art. 266 del D. Lgs. 196/2003, vale a dire idonei a rilevare lo stato di salute.

☐ Presta il suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa.

☐ Presta il suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

☐ Presta il suo consenso per il trattamento dei dati per finalità promozionali e di marketing.

Luogo _____

Data _____

Il richiedente _____

Il richiedente inoltre:

- ☐ Dichiaro di aver ricevuto copia del regolamento del sussidio sottoscritto e di averne preso visione ed accetta lo stesso quale unica normativa contrattuale ufficiale della Aglea Salus inerente le prestazioni di rimborso spese mediche e l'eventuale accesso diretto alle prestazioni mediche per interventi chirurgici e ambulatoriali.
- ☐ Dichiaro di essere stato informato che l'efficacia dei sussidi avrà effetto unicamente dal giorno di ratifica da parte del Consiglio di Amministrazione della Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus 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:

Ripensamento: il sottoscrittore della domanda di adesione alla Società di Mutuo Soccorso Aglea Salus può esercitare il diritto di recesso entro i 14 giorni dalla sottoscrizione, inviando lettera raccomandata A/R alla Società di Mutuo Soccorso Aglea Salus, sita in Via Maremmana, 1 – 00017 Nerola (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 del sussidio (copertura sussidio scelto).

Per l'operazione di rimborso, la Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus 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'addebito in Conto Corrente delle disposizioni **Sepa Core Direct Debit** ⁽¹⁾

Dati identificativi del Creditore

Ragione Sociale	Società Generale di Mutuo Soccorso Aglea Salus
Sede Legale	Via Maremmana, 1 - Fraz. Acquaviva - 00017 Nerola(RM)
Codice Identificativo del Creditore	IBAN IT170010000013331511009

Codice IBAN del conto corrente (2)[illegible]

Intestazione e indirizzo del Socio⁽³⁾

Nome e Cognome/ Ragione Sociale	
Indirizzo	
CAP/Città	
Codice fiscale	
Email	
Cellulare	

Intestazione e indirizzo dell'intestatario del c/c di addebito⁽⁴⁾

(da compilare solo nel caso in cui il correntista sia diverso dal socio)

Nome e Cognome/ Ragione Sociale	
Indirizzo	
CAP/Città	
Codice fiscale	
Email	
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 fiscalmente agevolati, devono essere sostenuti dal socio: si invita a verificare, pertanto, l'intestazione del c/c di addebito e 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 e il codice fiscale del socio, tralasciando eventuali cointestatori.

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 X

Il/la 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 X _____

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 dell'Azienda stessa.

Luogo _____ Data _____ Il Debitore X

Note

1) La presente autorizzazione permanente di addebito in conto corrente è subordinata all'accettazione da parte del Prestatore di Servizi di Pagamento (PSP) del Debitore

2) Codice IBAN conto correntista

3) In questo campo vanno indicati i dati del socio debitore

4) In questo campo vanno indicati i dati del/dei correntisti che effettuano il pagamento