

## DOMANDA DI ADESIONE AL PIANO MUTUALISTICO INTEGRATION

<b>DOMANDA DI ADESIONE N°:</b>					
Promotore		RETE			
<b>DATI DEL SOCIO INVITANTE</b>					
Cognome FOGAROLO	Nome FABIO	Sesso M	Nazionalità ITA	Data di Nascita 10 / 06 / 1949	
Luogo di Nascita PADOVA	Prov. PD	Codice Fiscale FGRFLV49H10G224M			
Indirizzo VIA ANTONIO BEMBO 43	CAP 36024	Località NANTO			Prov. VI
Telefono	Cellulare		Email		
Documento di riconoscimento C.I.	Data di rilascio 01 / 08 / 14	Data di scadenza 10 / 06 / 25	Ente di Rilascio COMUNE	Numero doc. AV2955080	
<b>DATI DEL SOCIO INVITATO</b>					
Cognome TCHAPO	Nome ALLASSAN	Sesso M	Nazionalità TOGO	Data di Nascita 23 / 11 / 80	
Luogo di Nascita BASSAR	Prov.	Codice Fiscale			
Indirizzo	CAP	Località			Prov.
Telefono	Cellulare		Email		
Documento di riconoscimento PASSAPORTO	Data di rilascio 02 / 08 / 16	Data di scadenza 01 / 08 / 21	Ente di Rilascio GOVERNO	Numero doc. EB257635	
<b>PRESTAZIONI GARANTITE</b>					
Qualora, a seguito del mancato adempimento da parte del Socio invitante, degli obblighi di cui l'art. 4 comma 3 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 il Socio Invitato nominativamente indicato nel modulo di Adesione dovesse trovarsi in condizione di gravissimo disagio economico o dovesse sostenere delle cure mediche urgenti e non procrastinabili e/o un ricovero ospedaliero di urgenza, conseguenti a infortunio o malattia non preesistente, Salva Società di Mutuo Soccorso liquiderà con le modalità previste dal regolamento sottoscritto i seguenti sussidi:					
<b>SUSSIDI RELATIVI A</b>			<b>VALORE MASSIMO DEL SUSSIDIO</b>		
MEZZI DI SUSSISTENZA			€ 5.422,80		
RIMBORSO SPESE SANITARIE DA INFORTUNIO			€ 30.000,00		
RIMBORSO SPESE SANITARIE DA MALATTIA			€ 30.000,00		
RIMPATRIO DELLA SALMA			€ 5.000,00		
<b>DURATA PIANO</b>					
Data Decorrenza 08 / 10 / 2018	Data Scadenza 08 / 10 / 2019	Durata del Piano Temporanea	Frazionamento Unico	Tacita Proroga No	
<b>GARANZIE</b>					
<b>GARANZIE</b>		<b>12 MESI</b>			
Spese Sanitarie		€ 200,00	<input checked="" type="checkbox"/>		
Spese Sanitarie + Mezzi di Sussistenza		€ 600,00	<input type="checkbox"/>		
Spese Sanitarie Ultra 65enni		€ 250,00	<input type="checkbox"/>		
Spese Sanitarie + Mezzi di Sussistenza Ultra 65enni		€ 650,00	<input type="checkbox"/>		
<b>COSTO DEL PIANO INDENNITARIO</b>					
Contributo Associativo annuale socio invitante		compreso			
Contributo Associativo annuale socio invitato		compreso			
Contributo Sussidio Integration prescelto		€ _____,00			
TOTALE QUOTA DA VERSARE		€ _____,00			

## PIANO MUTUALISTICO INTEGRATION

Io sottoscritto FOGAROLO FLAVIO in proprio e per conto del Sig. / Sig.ra TCHAPO ALLASSAN  
chiedo:

- di aderire in proprio e per conto del Sig./Sig.ra TCHAPO ALLASSAN a Salva - Società di Mutuo Soccorso (da ora anche "SALVA SMS"), in qualità di Socio ordinario;
- In caso di accettazione della domanda da parte del Consiglio di Amministrazione di Salva, di aderire in proprio e per conto del Sig./Sig.ra TCHAPO ALLASSAN al Piano Mutualistico Integration (da ora anche il "Piano"),
  - ✓ accettando integralmente lo Statuto, il Regolamento interno ed il Regolamento Aggiuntivo al Regolamento interno relativo al Piano, di cui ho avuto copia e che dichiaro di conoscere, per averli già letti, impegnandomi ad osservarli integralmente e ad accettarne sin d'ora, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, ogni variazione, che fosse approvata dalla competente Assemblea, come pure ogni altra disposizione legalmente assunta dal Consiglio di Amministrazione di SALVA SMS, con particolare ma non esclusivo riferimento alle deliberazioni concernenti la determinazione delle prestazioni dei Piani Mutualistici, nonché dei contributi associativi e
  - ✓ impegnandomi a corrispondere a Salva SMS, esclusivamente mediante bonifico bancario intestato a Salva Società di Mutuo Soccorso - Viale del Lavoro, 2/G - 35010 Vigonza (PD) - C.F. e P.I.V.A. 04689260281 c/o Banca Unicredit IBAN **IT 35 N 02008 36282 000102576225**, il costo di adesione al Piano stesso,

Presa visione del **Regolamento interno**, il sottoscritto accetta espressamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile i seguenti articoli:

14. (Limite di età); 15. (Decorrenza e durata del diritto ai sussidi e ai servizi mutualistici relativi ai Contributi aggiuntivi); 16. (Pagamento dei contributi associativi); 17. (Revoca); 18. (Recesso); 19. (Recesso dai Regolamenti aggiuntivi); 20. (Esclusione del diritto ai sussidi); 23. (Perdita dei sussidi per morosità. Decadenza dalla qualifica di Socio); 25. (Documentazione richiesta per le domande di sussidio); 28. (Esclusione di responsabilità di Salva per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati); 29. (Adesione a più prestazioni aggiuntive).

Luogo, data NANTO, 13 AGOSTO 2018

Il richiedente

Presa visione del **Regolamento Aggiuntivo al Regolamento interno relativo al Piano Mutualistico Integration**, il sottoscritto accetta espressamente, ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile i seguenti articoli:

### Condizioni Generali del Piano Mutualistico:

2. (Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio); 3. (Pagamento del contributo e decorrenza della copertura); 4. (Estensione territoriale); 7. (Forma delle comunicazioni); 8. (Essenzialità dei termini).

Luogo, data NANTO, 13 AGOSTO 2018

Il richiedente

### Condizioni particolari del Piano Mutualistico

#### Sezione A - Norme relative al settore Mezzi di Sussistenza:

11. (Mezzi di sussistenza); 12. (Esclusioni); 13. (Richiesta di erogazione del sussidio per mezzi di sussistenza); 14. (Limite massimo dei sussidi e dei rimborsi); 15. (Diritto di Ripetizione);

#### Sezione B - Norme relative al settore Rimborso Spese Mediche - Condizioni Aggiuntive:

16. (Rimborso spese sanitarie); 17. (Estensione ed erogazione del sussidio per rimpatrio della salma); 18. (Rischi esclusi); 19. (Limite di età); 20. (Richiesta di erogazione del Rimborso spese Mediche e del sussidio per rimpatrio della salma).

Luogo, data NANTO, 13 AGOSTO 2018

Il richiedente

### Formula di consenso al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà i dati "sensibili" di cui all'art. 4 comma 1 lett. d), nonché art. 26 del D.Lgs. 196/2003, vale a dire i dati idonei a rilevare lo stato di salute, acconsento al trattamento dei miei dati con le modalità e per le finalità indicate nella Informativa stessa, comunque strettamente connesse e strumentali alla gestione del rapporto contrattuale.

Luogo, data NANTO, 13 AGOSTO 2018

Il richiedente



Cognome... FOGAROLO  
 Nome... FLAVIO  
 nato il... 10/06/1949  
 (atto n. 92... P. 1... S. A...)  
 a... PADOVA... (PD...)  
 Cittadinanza... ITALIANA  
 Residenza... NANTO (VI)  
 Via... VIA ANTONIO BENBO N. 43  
 Stato civile... ---  
 Professione... ---  
 CONNOTATI E CONTRASSEGNI SALIENTI  
 Statura... 1,80  
 Capelli... BRIZZOLATI  
 Occhi... MARRONI  
 Segni particolari... ---  
 ... NESSUNO

  
 Firma del titolare... *Flavio Fogarolo*  
 NANTO... 01/08/2014  
 Impronta del dito indice sinistro  
 Dir. Car 5,42  
 IL FUNZIONARIO *Farina Rosato Annalisa*



 **REPUBBLICA ITALIANA**  
**TESSERA SANITARIA** 

Codice Fiscale **FGRFLV49H10G224M** Data di scadenza **08/04/2016**

Cognome **FOGAROLO**  Sesso **M**

Nome **FLAVIO**

Luogo di nascita **PADOVA**

Provincia **PD**

Data di nascita **10/06/1949**

Org. sanitari regionali

**TESSERA EUROPEA DI ASSICURAZIONE MALATTIA**

 

**FOGAROLO**

**FLAVIO** **10/06/1949**

**FGRFLV49H10G224M SSN-MIN SALUTE - 500001**

**80380000502331388219** **08/04/2016**



EB257635

PASSEPORT  
PASSPORT

REPUBLICQUE TOGOLAISE

TYPE / TYPE: P CODE DU PAYS / COUNTRY CODE: TGO EB257635

NOM / SURNAME: TCHAPO ALLASSAN

PRENOM / OTHER NAMES: ALLASSAN

NATIONALITE / NATIONALITY: TOGOLAISE

DATE DE NAISSANCE / DATE OF BIRTH: 23/11/1980

SEXE / SEX: M

LIEU DE NAISSANCE / PLACE OF BIRTH: BASSAR

DATE DE DELIVRANCE / DATE OF ISSUE: 02/08/2016

DATE D'EXPIRATION / DATE OF EXPIRY: 01/08/2021

EMBAUSSE DU CONSUL / CONSUL STAMP: BUREAU D'EMBAUSSE / ISSUING OFFICE: DGDN, LOME

Signature

EB257635

TCHAPO ALLASSAN

EB257635