

**Spett.le
Consiglio di Amministrazione
di SI' Cura ETS- Associazione Mutualistica di Assistenza**

Il sottoscritto/aNDG.....
nato/a a(.....) il
residente in (.....) Via
di professione
titolo di studio
Tel. fisso ; e_mail:
Tel. Cell. ; C.F.:
documento di identità n° rilasciato da
il tipo documento.....
Copia del documento di identità è allegata alla presente.

i cui familiari si indicano qui di seguito (figli minori anche se non conviventi):

	COGNOME E NOME	SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
1				
2				
3				
4				

in qualità di Socio o di Cliente della BCC Brianza e Laghi Soc.Coop., presa visione dello Statuto di SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza ed in particolare le norme che regolano la limitazione all'acquisto della qualità di Socio, le formalità per l'ammissione a Socio, il recesso, l'esclusione, la liquidazione e l'indivisibilità delle riserve, chiede di essere ammesso in qualità di Socio e s'impegna a rispettare lo Statuto, i regolamenti e le deliberazioni sociali nonché a versare la quota di ammissione, i contributi associativi annui e gli apporti dovuti per le prestazioni e i servizi garantiti da SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza.

Il/la sottoscritto/a dichiara di non essere di essere coniuge o convivente more uxorio di persona già Socia di SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza. In quest'ultimo caso riporta di seguito le generalità del coniuge o convivente more uxorio che alla data della presente è Socio di SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza:

Cognome e nome _____ nato/a il ____ / ____ / ____

Il/la sottoscritto/a autorizza SiCura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza ad acquisire informazioni dalla BCC Brianza e Laghi Soc.Coop. sull'esistenza e la natura dei rapporti in essere con la BANCA medesima al fine di permettere alla Mutua la valutazione nel tempo della permanenza dei requisiti previsti per lo status giuridico di socio di cui all'art. 6 dello Statuto.

Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere, approvare ed accettare che:

- SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza garantisce a tutti i propri Soci un livello base di assistenza medico-sanitaria le cui prestazioni sono indicate nei regolamenti della Carta Mutuasalus® e delle Diarie e Sussidi;
- La Carta Mutuasalus® è consegnata da SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza al Socio dopo l'accoglimento della relativa domanda di ammissione e consente allo stesso Socio ed ai suoi familiari, dichiarati nella domanda di ammissione, di accedere a tutte le iniziative che SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza organizza in favore dei propri assistiti;
- Il Consiglio di Amministrazione di SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza stabilisce annualmente i contributi dovuti dai Soci al fine dell'erogazione delle prestazioni contemplate dall'oggetto sociale.

Versa la quota di ammissione di Euro 10,00 (=dieci/00), a norma del vigente Statuto e richiede l'emissione della Carta Mutuasalus® valida per sé e per i propri familiari (figli minori anche se non conviventi). Versa anche il contributo associativo annuale stabilito dal Cda per l'anno in corso.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara sotto la sua personale responsabilità (art. 46 D.P.R. 445/2000) che i dati su riportati sono conformi a verità.

In fede

_____ li _____

_____ Firma del sottoscrittore

VISTO: Raccolto in mia presenza _____

_____ L'Operatore

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE nr. 679/2016 (Regolamento Generale per la Protezione dei Dati o "GDPR"), il socio e i suoi familiari che entrano in contatto con **SI'CURA ETS Associazione Mutualistica di Assistenza con sede in Alzate Brianza, Via IV Novembre n. 549** (di seguito "Mutua") comunicando o conferendo i propri dati personali devono essere informati riguardo al possesso e al trattamento dei loro dati personali da parte della stessa, in qualità di Titolare del trattamento.

1 – Fonte dei dati personali:

I dati personali dei soci e dei rispettivi familiari sono raccolti dalla Mutua direttamente tramite il socio aderente al momento della compilazione della domanda di ammissione, delle dichiarazioni sullo stato di salute e dell'eventuale ulteriore documentazione richiesta (sanitaria e non) in relazione ai servizi ed alle prestazioni richieste.

I dati di altri soggetti che entrano in contatto con Mutua sono comunicati e/o conferiti dagli stessi su base volontaria.

2 – Finalità del trattamento:

La Mutua informa che il trattamento dei dati personali sarà effettuato con le seguenti finalità:

1. garantire l'esecuzione dei rapporti associativi ed, in particolare, l'adempimento di tutti i servizi e delle prestazioni assistenziali previste dalla Mutua rese anche attraverso terzi (es. Consorzio Comipa a cui la Mutua aderisce);
2. adempiere agli obblighi di legge, regolamentari o previsti dalla normativa comunitaria, ivi incluse disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e/o da Organi di Vigilanza e Controllo;
3. adempiere ed eseguire i rapporti precontrattuali e contrattuali, ad esempio con i fornitori di beni e servizi ed i partner istituzionali e commerciali (anche in relazione allo svolgimento delle attività volte all'adempimento dei servizi ed all'erogazione delle prestazioni in favore dei soci/aderenti e dei familiari);
4. adempiere alle attività amministrative, gestionali e contabili;
5. promuovere e sviluppare le attività proprie della Mutua anche attraverso pratiche di contatto diretto con gli associati e loro familiari (via telefono, posta cartacea o elettronica o mezzi analoghi), rilevazione del grado di soddisfazione dei soci.
6. organizzare eventi formativi e informativi utilizzando laddove necessario società terze per le prenotazioni delle location, dei viaggi e/o dei cosiddetti servizi di accoglienza.

3 - Base giuridica del trattamento e conferimento dei dati. Revoca del consenso al trattamento:

Per le finalità sopra descritte, la base giuridica che legittima il trattamento è il consenso dell'interessato ai sensi dell'art. 6, co. 1, lett. "a" del GDPR, documentato in forma scritta.

Per alcune tipologie di trattamento, la base giuridica che rende legittimo il trattamento può essere costituita dalla necessità di adempiere ed eseguire un contratto di cui l'interessato è parte, ovvero delle misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato (art. 6, co. 1, lett. "b" GDPR), ovvero ancora dall'adempimento di obblighi legali ai quali è soggetto il Titolare del trattamento (art. 6, co. 1, lett. "c" GDPR).

Il conferimento dei dati, quando essi vengano acquisiti in base ad un obbligo di legge ovvero in quanto strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale o associativo, è necessario e un eventuale rifiuto di fornirli comporta l'impossibilità di svolgere le attività richieste per la conclusione e per l'esecuzione del contratto, dei servizi e delle prestazioni assistenziali fornite da Mutua, anche attraverso terzi e, dunque, l'impossibilità di iscriversi alla Mutua.

Di conseguenza, il socio/aderente, con la firma apposta nel modulo d'iscrizione esprime il suo consenso al trattamento dei dati per le finalità sopraindicate.

Revoca del consenso al trattamento

L'interessato ha il diritto di revocare il consenso al trattamento dei dati, qualora la base giuridica del trattamento sia costituita esclusivamente dal consenso dell'interessato (ad esempio per le finalità di promozione e sviluppo della Mutua (cfr. paragrafo 2, n. 5).

Tale diritto non sussiste qualora il trattamento avvenga in esecuzione di obblighi di legge o per l'esecuzione di obblighi pre-contrattuali, contrattuali o dei rapporti volti alla fornitura di servizi o di prestazioni di assistenza stipulati dall'interessato (paragrafo 2, nn. 1-4).

In ogni caso, l'eventuale revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca.

4 – Categorie dei dati trattati:

Le categorie di dati trattati sono costituite dai dati comuni, identificativi, particolari (ed in particolare dai dati anagrafici e relativi allo stato di salute ovvero alla situazione reddituale o lavorativa) contenuti nella modulistica associativa e nelle comunicazioni inviate dagli interessati nel corso dei relativi rapporti e per la loro esecuzione, ovvero per la fruizione dei relativi servizi e prestazioni, anche assistenziali.

5 – Modalità del trattamento:

I dati verranno trattati, nel rispetto della sicurezza e riservatezza necessarie, per scopi determinati, espliciti e legittimi, saranno pertinenti, aggiornati e non eccedenti rispetto alle finalità sopra elencate per le quali sono raccolti e potranno essere utilizzati in ulteriori operazioni di trattamento in termini compatibili con tali scopi. I trattamenti avverranno manualmente e con l'ausilio di strumenti elettronici ed automatizzati.

6 – Categorie di destinatari ai quali i dati personali potranno essere comunicati:

I dati personali potranno essere comunicati alle seguenti categorie di soggetti, che li tratteranno in qualità di Responsabili o incaricati dei trattamenti di loro competenza nominati da Mutua:

- fornitori dei servizi assistenziali, previdenziali e assicurativi scelti da Mutua (ad esempio compagnie di assicurazione, società di gestione, broker assicurativi, istituti di cura) i quali, in tal caso, si occuperanno del relativo trattamento, e non saranno soggetti a diffusione;
- soggetti specificamente incaricati quali consulenti, dipendenti e altri collaboratori a ciò abilitati per i trattamenti necessari o connessi allo svolgimento delle attività contrattuali e comunque connesse ai servizi ed alle prestazioni rese da Mutua, anche attraverso terzi;
- soggetti terzi che svolgono o forniscono specifici servizi strettamente funzionali all'esecuzione del rapporto contrattuale, associativo o dei servizi e prestazioni rese da Mutua (anche mediante trattamenti continuativi), quali società di servizi informatici e cloud computing, banche e società che svolgono servizi di pagamento, assicurazioni, agenti, studi professionali che prestino servizi di assistenza, consulenza fiscale, legale o amministrativa, periti medico-legali e/o assicurativi, società di recupero crediti ed i legali incaricati di seguire le procedure di recupero crediti o di affari contenziosi, società di stampa ed imbustamento della corrispondenza, eventuali revisori contabili ed infine agenzie viaggi incaricate di organizzare i servizi di accoglienza per gli eventi organizzati dalla mutua;
- organi ispettivi preposti a verifiche e controlli inerenti la regolarità degli adempimenti di legge, ai quali i dati potranno essere comunicati a seguito di ispezioni, verifiche e controlli.

I dati non sono oggetto di diffusione o trasferimento verso Paesi terzi o organizzazioni internazionali.

7 – Tempi di conservazione:

I dati personali, anche sensibili o giudiziari, saranno conservati per nr. 10 (dieci) anni, dalla cessazione del rapporto associativo/contrattuale con Mutua da parte del Socio/Aderente o del fornitore/professionista.

In ogni caso, è fatta salva la possibilità di una loro ulteriore conservazione in adempimento a eventuali obblighi di legge o per la tutela di diritti in sede giudiziaria.

I dati personali potranno essere cancellati anche prima di tale periodo qualora non siano più necessari per adempimenti contrattuali, amministrativi, fiscali, contabili o di legge.

8 – Esistenza di un processo decisionale automatizzato:

Non è presente un processo decisionale automatizzato.

9 – Diritti dell'interessato

L'interessato (socio/aderente o familiare, fornitore) potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti a lui riservati ed in particolare i seguenti:

- il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali (art. 15 GDPR);
- il diritto di rettifica e integrazione dei dati personali (art. 16 GDPR);
- il diritto di cancellazione dei dati personali (diritto all'oblio), nei casi previsti dall'art. 17 GDPR;
- il diritto di chiedere la limitazione del trattamento dei dati personali, nei casi e con le modalità previste dall'art. 18 GDPR;
- il diritto alla portabilità dei dati, secondo quanto previsto dall'art. 20 GDPR;
- il diritto di opporsi al trattamento dei dati personali nei casi previsti dalla legge;
- il diritto di revocare il consenso al trattamento (cfr. paragrafo 3);
- il diritto di proporre reclamo ad un'Autorità di controllo e segnatamente al Garante per la Protezione dei dati personali.

L'esercizio di tutti i diritti spettanti all'interessato può essere esercitato scrivendo all'indirizzo di posta elettronica del Responsabile per la protezione dei dati servizio.dpo@fedlo.bcc.it

o scrivendo al Titolare del trattamento ai seguenti recapiti: **SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza, Via IV Novembre n. 549 - Alzate Brianza (CO) CAP 22040.**

Su richiesta dell'interessato il titolare del trattamento fornisce una copia dei dati personali oggetto di trattamento. In caso di ulteriori copie richieste dall'interessato, il titolare del trattamento può addebitare un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se l'interessato presenta la richiesta mediante mezzi elettronici, e salvo indicazione diversa dell'interessato, le informazioni sono fornite in un formato elettronico di uso comune.

10 – Titolare, Responsabile del trattamento e DPO (Data protection officer)

Il titolare del trattamento è: **SI' Cura ETS Associazione Mutualistica di Assistenza, Via IV Novembre n. 549 - Alzate Brianza (CO) CAP 22040.**

Dati contatti del Titolare del trattamento: **Pec: sicuramab@pec.it – E-mail: info@sicuramab.it**

Dati di contatto del Responsabile per la protezione dei dati ("DPO"): servizio.dpo@fedlo.bcc.it

Premesso che, come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi dell'art.13 del GDPR, l'erogazione di gran parte delle prestazioni e dei servizi della Mutua richiede la comunicazione e il correlato trattamento dei miei dati personali alle categorie di soggetti di seguito specificate:

- Soggetti che svolgono lavorazioni contabili
- Soggetti che gestiscono l'organizzazione della compagine sociale
- Soggetti che organizzano le iniziative statutariamente previste

do il consenso

nego il consenso

alle predette comunicazioni e correlato trattamento dei miei dati. Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi che richiedono tali comunicazioni e il correlato trattamento dati.

Per quanto riguarda il trattamento e la comunicazione dei mie dati personali e sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute in particolare per la gestione e la liquidazione dei sussidi previsti nell'ambito delle iniziative sanitarie a cui aderisco), ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente a Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnie di Assicurazione, Agenzie viaggi o società che effettuino servizi di prenotazione e società di gestione e liquidazione sinistri, sempre nei limiti delle competenze assegnate agli stessi e nel solo caso in cui il trattamento e la comunicazione siano strumentali per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi da me richiesti

do il consenso

nego il consenso

Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni ed ai servizi da me richiesti.

Per quanto riguarda la comunicazione da parte della Mutua dei miei dati a società di rilevazione della qualità delle prestazioni della Mutua

do il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento da parte della Mutua dei miei dati ai fini di informazione circa le attività proposte ed i servizi offerti dalla Mutua o da società terze.

do il consenso

nego il consenso

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Nome e Cognome del socio (leggibile)

_____, li ____ / ____ / ____

Firma _____

Per il nucleo familiare:

Nome per esteso del minore

Firma del **genitore titolare della responsabilità genitoriale**

Nome per esteso del minore

Firma del **genitore titolare della responsabilità genitoriale**

Nome per esteso del minore

Firma del **genitore titolare della responsabilità genitoriale**

Mandato per addebito diretto SEPA Core

Riferimento del mandato *(da indicare a cura del Creditore)*

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore:

- autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
- autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori.

Dati relative al Debitore

Nome e Cognome /Rag.
Sociale*

Nome del/Il Debitore/i

Indirizzo

Via e N°civico

Codice postale

Località

Paese

Cod. Fiscale/ Part. IVA*

Cod. Fiscale/ Part. IVA del Debitore

IBAN*

IBAN del titolare del conto corrente

Dati relative al Creditore

Nome e Cognome /Rag.
Sociale*

ASSOCIAZIONE SI'CURA ETS – ASSOCIAZIONE MUTUALISTICA DI ASSISTENZA

Nome del Creditore

Cod. Identificativo*

IT980010000090030590138

Codice identificativo del Creditore (Credit Identifier)

Sede Legale*

VIA IV NOVEMBRE 549

22040

Via e N°civico

Codice postale

ALZATE BRIANZA (CO)

ITALIA

Località

Paese

Dati relative al Sottoscrittore (Da compilare obbligatoriamente nel caso in cui Sottoscrittore e Debitore non coincidano)

Nome e Cognome /Rag.
Sociale*

Cod. Fiscale/ Part. IVA*

Tipologia di pagamento*

Ricorrente

Singolo addebito

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

Luogo Data di sottoscrizione*

___/___/___

*Firma

Nota: i diritti del sottoscrittore del presente mandato sono indicate nella documentazione ottenibile dalla propria Banca.

Dati concernenti il rapporto sottostante fra Creditore e Debitore (indicazione facoltativa a mero scopo informativo)

Codice identificativo del Debitore

Indicare il codice di riferimento che si vuole che la Banca del Debitore citi nell'addebito

Nome dell'effettivo Debitore (se del caso)

Nome della controparte di riferimento del Debitore: se si effettua un pagamento relative a un contratto tra il Creditore e un altro soggetto diverso dal Debitore indicato nel presente mandato (ad es. pagamento di fatture intestate a terzi indicare il nominativo di tale soggetto). Se il pagamento concerne il Sottoscrittore lasciare in bianco.

Codice identificativo della controparte di riferimento del Debitore

Nome dell'effettivo Creditore (se del caso)

Nome della controparte di riferimento del Creditore: il Creditore deve compilare questo campo se richiede pagamenti per conto di altro soggetto

Codice identificativo della controparte di riferimento del Creditore

Riferimenti del contratto sottostante

Numero identificativo del contratto sottostante

Descrizione del contratto

Restituire il modulo debitamente compilato a:

ASSOCIAZIONE SI'CURA ETS – ASSOCIAZIONE MUTUALISTICA DI ASSISTENZA
VIA IV NOVEMBRE 549
22040 – ALZATE BRIANZA (CO)

Riservato al Creditore: