

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 _____ matricola aziendale _____

Azienda e/o luogo di lavoro _____

Professione _____ Nazionalità _____

Telefono _____ Cell. _____ E-mail _____

Chiedo, in forza della convenzione mutualistica sottoscritta dal Consorzio Musa e Coop Italia per conto delle rispettive associate, di essere iscritto alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo accettando integralmente lo Statuto sociale, il Regolamento dell'Assistenza approvato nella suddetta convenzione e, per quanto ivi non disposto e nei limiti della compatibilità, il Regolamento applicativo 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 a socio ordinario chiedo di essere collocato nella seguente forma di assistenza base, impegnandomi a versare un contributo annuo pari a:

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA	ASSISTENZA ODONTOIATRICA	SPECIALISTICA E ASSISTENZA DOMICILIARE
<input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 126,00 (€ 10,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 54,00 (€ 4,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 144,00 (€ 12,00 mensili)
<input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 108,00 (€ 9,00 mensili)	<input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 54,00 (€ 4,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 144,00 (€ 12,00 mensili)
<input type="checkbox"/> Figlio o affiliato € 78,00 (€ 6,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Figlio o affiliato € 36,00 (€ 3,00 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 gratuito	

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, dopodiché l'iscrizione si riterrà tacitamente rinnovata dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno, ove non intervenga revoca per iscritto entro la data del 31 Ottobre a mezzo raccomandata. **Accetto sin d'ora espressamente ex articolo 1341 e 1342 c. c. tutte le eventuali variazioni apportate dall'Assemblea nazionale dei soci allo Statuto sociale e al Regolamento in vigore e, in caso di accordo tra le parti sottoscrittrici la suddetta convenzione mutualistica, al contributo associativo.**

Mi impegno a versare i contributi previsti dal Regolamento per un totale annuo di _____, _____ euro tramite:

<input type="checkbox"/> Ordine di bonifico bancario permanente (RID) con frequenza	<input type="checkbox"/> semestrale	<input type="checkbox"/> annuale
<input type="checkbox"/> Conto corrente postale con frequenza	<input type="checkbox"/> semestrale	<input type="checkbox"/> annuale

Mese e anno primo pagamento _____

Data di iscrizione _____

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).

Codici interni

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)

Matricola _____
Cesare Pozzo

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.

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, inoforesi, 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 _____ **Data** _____
(del richiedente)

Trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)
Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) 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; c) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio. Il consenso è pure 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 _____ **Data** _____
(del richiedente)

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto la quota di ammissione relativa alla presente domanda

Località _____ data della domanda _____

Firma _____ **Matricola C. P.** _____
(il Rappresentante) (del Rappresentante)

PER LA SEDE NAZIONALE

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 _____ matricola aziendale _____

Azienda e/o luogo di lavoro _____

Professione _____ Nazionalità _____

Telefono _____ Cell. _____ E-mail _____

Chiedo, in forza della convenzione mutualistica sottoscritta dal Consorzio Musa e Coop Italia per conto delle rispettive associate, di essere iscritto alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo accettando integralmente lo Statuto sociale, il Regolamento dell'Assistenza approvato nella suddetta convenzione e, per quanto ivi non disposto e nei limiti della compatibilità, il Regolamento applicativo 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 a socio ordinario chiedo di essere collocato nella seguente forma di assistenza base, impegnandomi a versare un contributo annuo pari a:

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA	ASSISTENZA ODONTOIATRICA	SPECIALISTICA E ASSISTENZA DOMICILIARE
<input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 126,00 (€ 10,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 54,00 (€ 4,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 144,00 (€ 12,00 mensili)
<input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 108,00 (€ 9,00 mensili)	<input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 54,00 (€ 4,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 144,00 (€ 12,00 mensili)
<input type="checkbox"/> Figlio o affiliato € 78,00 (€ 6,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Figlio o affiliato € 36,00 (€ 3,00 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 gratuito	

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, dopodiché l'iscrizione si riterrà tacitamente rinnovata dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno, ove non intervenga revoca per iscritto entro la data del 31 Ottobre a mezzo raccomandata. **Accetto sin d'ora espressamente ex articolo 1341 e 1342 c. c. tutte le eventuali variazioni apportate dall'Assemblea nazionale dei soci allo Statuto sociale e al Regolamento in vigore e, in caso di accordo tra le parti sottoscrittrici la suddetta convenzione mutualistica, al contributo associativo.**

Mi impegno a versare i contributi previsti dal Regolamento per un totale annuo di _____, _____ euro tramite:

Ordine di bonifico bancario permanente (RID) con frequenza _____ semestrale annuale

Conto corrente postale con frequenza _____ semestrale annuale

Mese e anno primo pagamento _____

Data di iscrizione _____

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).

Codici interni

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)

Matricola Cesare Pozzo _____

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 eziopatogeneticamente 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, inofresce, inofresce, 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 _____ **Data** _____
(del richiedente)

Trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)
Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) 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; c) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio. Il consenso è pure 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 _____ **Data** _____
(del richiedente)

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto la quota di ammissione relativa alla presente domanda

Località _____ data della domanda _____

Firma _____ **Matricola C. P.** _____
(il Rappresentante) (del Rappresentante)

PER LA SEDE REGIONALE

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 _____ matricola aziendale _____

Azienda e/o luogo di lavoro _____

Professione _____ Nazionalità _____

Telefono _____ Cell. _____ E-mail _____

Chiedo, in forza della convenzione mutualistica sottoscritta dal Consorzio Musa e Coop Italia per conto delle rispettive associate, di essere iscritto alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo accettando integralmente lo Statuto sociale, il Regolamento dell'Assistenza approvato nella suddetta convenzione e, per quanto ivi non disposto e nei limiti della compatibilità, il Regolamento applicativo 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 a socio ordinario chiedo di essere collocato nella seguente forma di assistenza base, impegnandomi a versare un contributo annuo pari a:

ASSISTENZA SANITARIA INTEGRATIVA	ASSISTENZA ODONTOIATRICA	SPECIALISTICA E ASSISTENZA DOMICILIARE
<input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 126,00 (€ 10,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 54,00 (€ 4,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Primo iscritto o iscritto singolo € 144,00 (€ 12,00 mensili)
<input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 108,00 (€ 9,00 mensili)	<input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 54,00 (€ 4,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Coniuge o convivente € 144,00 (€ 12,00 mensili)
<input type="checkbox"/> Figlio o affiliato € 78,00 (€ 6,50 mensili)	<input type="checkbox"/> Figlio o affiliato € 36,00 (€ 3,00 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 gratuito	

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, dopodiché l'iscrizione si riterrà tacitamente rinnovata dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno, ove non intervenga revoca per iscritto entro la data del 31 Ottobre a mezzo raccomandata. **Accetto sin d'ora espressamente ex articolo 1341 e 1342 c. c. tutte le eventuali variazioni apportate dall'Assemblea nazionale dei soci allo Statuto sociale e al Regolamento in vigore e, in caso di accordo tra le parti sottoscrittrici la suddetta convenzione mutualistica, al contributo associativo.**

Mi impegno a versare i contributi previsti dal Regolamento per un totale annuo di _____, _____ euro tramite:

Ordine di bonifico bancario permanente (RID) con frequenza _____ semestrale annuale

Conto corrente postale con frequenza _____ semestrale annuale

Mese e anno primo pagamento _____

Data di iscrizione _____

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).

Codici interni

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)

Matricola
Cesare Pozzo _____

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 eziopatogeneticamente 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, inofresce, inofresce, 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 _____ Data _____

(del richiedente)

Trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)
Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) 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; c) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio. Il consenso è pure 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 _____ Data _____

(del richiedente)

Il sottoscritto _____ dichiara di aver ricevuto la quota di ammissione relativa alla presente domanda

Località _____ data della domanda _____

Firma _____ Matricola C. P. _____

(il Rappresentante) (del Rappresentante)

PER IL SOCIO

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 _____

preso atto dell'informativa fornita dalla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso, ai sensi degli artt. 23 e 26 del predetto decreto legislativo al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo 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 pure 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).

Inoltre DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

e consapevole delle conseguenze, anche legali art. 482 e 486 C.P. e che comunque potrebbero incrinare 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)
Codice Fiscale	Professione				
Codice Fiscale	Professione				
Codice Fiscale	Professione				
Codice Fiscale	Professione				
Codice Fiscale	Professione				
Codice Fiscale	Professione				

(per richiedente)

Trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) 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; c) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio.

Il consenso è pure 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 AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/6/2003 N. 196 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

La Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo eroga assistenza sanitaria integrativa e previdenziale in favore dei propri soci e familiari aventi diritto, così come definiti nel proprio Statuto e Regolamento.

A tale scopo acquisisce informazioni relativamente ai propri soci e familiari aventi diritto, nonché alle prestazioni sanitarie per le quali gli stessi provvedono a richiedere il sussidio.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 che reca disposizioni in materia di protezione dei dati personali, si informa di quanto segue:

- a) il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti, anche sensibili, è diretto all'espletamento delle finalità istituzionali attinenti l'esercizio dell'attività previdenziale e assistenziale, nonché assistenza sanitaria e parasanitaria e di quelle ad esse connesse ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e può consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle indicate all'art. 4, comma 1, lettera a) del decreto legislativo citato;
- b) il conferimento dei dati personali è essenziale per la gestione del rapporto associativo e, pertanto, obbligatorio;
- c) il rifiuto a fornire i dati personali o l'autorizzazione al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere all'iscrizione alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo o, se questa è già in atto, la sospensione dell'efficacia del rapporto associativo;
- d) i dati personali inerenti le iscrizioni eseguite in conformità allo Statuto e Regolamento vigenti non sono soggetti a diffusione e sono comunicati a:
 - 1) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio (contabilità, bilanci, questioni fiscali, servizi informativi, pagamenti contributi associativi, verifiche documenti sanitari e ogni altro documento previsto dalle norme societarie per la domanda di sussidio);
 - 2) 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;
 - 3) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà;
 - 4) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio.

I dati personali inerenti le prestazioni previste dallo Statuto e dal Regolamento non sono soggetti a diffusione.

Il trattamento dei dati in questione, necessari per le finalità istituzionali, avviene mediante strumenti idonei alla sicurezza e riservatezza del trattamento stesso;

- e) l'interessato al trattamento dei dati personali ha i diritti di cui al Titolo II (Artt. 7-10) del decreto legislativo indicato, il cui testo è riportato a stralcio in calce alla presente informativa;
- f) titolare del trattamento è la "Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo" - con sede in Milano - 20124 - Via San Gregorio 48 int.46.

Art. 7, Decreto Legislativo 196/2003 *Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti (stralcio dal Titolo II)*

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del 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'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione 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.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

VADEMECUM PER ADERIRE AI PIANI SANITARI PER I SOCI COOP CON **CESAREPOZZO**

Gentile Amica/o,

La ringraziamo per la scelta di aderire alla *Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo*. Tutti i documenti necessari per prendere conoscenza delle Forme di Assistenza proposte ai Soci Coop sono presenti e scaricabili dal sito www.fimiv.it.

Per perfezionare l'adesione, rimaniamo in attesa dell'invio **tramite fax al n° 02/66726240 o via mail scrivendo a adesioni@mutuacesarepozzo.it** della domanda di adesione firmata unitamente alla copia della contabile bancaria o postale relativa al versamento della quota di adesione per il periodo prescelto.

Coordinate Bancarie

c/c n: 000002525X60

ABI: 05696

CAB: 01612

IBAN: IT39U0569601612000002525X60

BANCA: Banca Popolare di Sondrio Ag. 13 di Milano

Nella causale inserire il Codice Fiscale di chi aderisce (solo di chi sottoscrive, non dei suoi famigliari)

Coordinate Postali

• *In caso di versamento tramite bollettino postale:*

c/c n. 36252203 intestato a Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo Via San Gregorio 46/48 20124 Milano.

• *In caso di versamento tramite bonifico postale:*

c/c n. 000036252203

ABI: 07601

CAB: 01600

IBAN: IT77O0760101600000036252203

Nella causale inserire il Codice Fiscale di chi aderisce (solo di chi sottoscrive, non dei suoi famigliari)

Gli originali dovranno essere spediti a: **S.N.M.S. Cesare Pozzo**

Ufficio Adesioni

Via Ulloa 5 - 30175 Marghera (VE)

Ogni informazione sulla *Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo* è pubblicata su www.mutuacesarepozzo.org