



## Domanda di Adesione CARD IL MELOGRANO 2018

Io Sottoscritto/a		Codice Fiscale	
Nato a		il	
Indirizzo (via, piazza)			
CAP	Città		Prov
Luogo di lavoro		Professione	
Email		Cell	

Chiede di usufruire della **Card Il Melograno 2018**, di cui conosce il relativo articolato descrittivo, le prestazioni, i vantaggi, gli oneri e le regole, e si impegna a versare regolarmente il relativo contributo:

CARD

€ 29,00

Provvederà al versamento mediante:

Bonifico bancario su c/c intestato a **Mutua Il Melograno** IBAN IT 81A0358901600010570696408  
Banca **Allianz Bank FA Spa**

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_





## Autocertificazione del nucleo familiare (art. 46 D.P.R. 28/12/2000, n. 445)

Io Sottoscritto/a		Codice Fiscale	
Nato a		il	
Indirizzo (via, piazza)			
CAP	Città		Prov
Luogo di lavoro		Professione	
Email		Cell	

Preso atto dell'informativa fornita da Il Melograno Mutua Sanitaria Integrativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003, e successive modifiche e integrazioni, esprime il consenso, ai sensi degli art. 23 e 26 del predetto decreto legislative al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informative. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni de Il Melograno Mutua Sanitaria Integrativa 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 relative al pagamento dei contributi associative e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; soggetti o 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

come unico residente;

che il proprio nucleo familiare è così composto:

NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO PARENTELA (*)	CARICO FISCALE (SI/NO)	FIRMA DEL FAMILIARE (**)

**IL MELOGRANO**  
MUTUA SANITARIA INTEGRATIVA



NOME E COGNOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO PARENTELA (*)	CARICO FISCALE (SI/NO)	FIRMA DEL FAMILIARE (**)

Dichiara di possedere animali domestici: Sì  No  Se sì quali? .....

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

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

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita da Il Melograno Mutua Sanitaria Integrativa ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n.196 del 30 giugno 2003, e successive modifiche e integrazioni, esprime il consenso, ai sensi degli art. 23 e 26 del predetto decreto legislative al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informative. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni de Il Melograno Mutua Sanitaria Integrativa 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 relative al pagamento dei contributi associative e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; soggetti o 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)

Firma del Richiedente \_\_\_\_\_

Luogo e Data \_\_\_\_\_

(\*) Specificare se coniuge, convivente legato da vincolo affettivo, figlio/a.

(\*\*) 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**

Il Melograno Mutua Sanitaria Integrativa 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 a Il Melograno Mutua Sanitaria Integrativa, 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.
  5. I dati personali inerenti le prestazioni previste dallo Statuto e dal Regolamento non sono soggetti a diffusione.
  6. 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 a



stralcio in calce alla presente informativa;

f. titolare del trattamento è il "Il Melograno Mutua Sanitaria Integrativa Partner Cesare Pozzo" – con sede a Roma.

**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.