

## DOMANDA DI AMMISSIONE

Il sottoscritto.....  
 Nato a..... (.....) il.....  
 Residente in..... Via..... n°.....  
 Codice Fiscale..... email..... cellulare.....  
 Assistenze: **ACTA BASE**  / **PLUS**  / **RIDOTTO**  **OGGI E DOMANI**  / **SILVER**  / **PLUS**  / **PLUS SILVER**

### CHIEDE

l'iscrizione in qualità di titolare del rapporto associativo alla Società di Mutuo Soccorso "Insieme Salute" con sede in Milano Viale San Gimignano, 30/32. Richiede inoltre l'iscrizione dei familiari i quali ugualmente con la firma apposta domandano di venire associati ai medesimi effetti e delegano il titolare a tenere i rapporti con Insieme Salute

### FAMILIARI

**Attenzione:** - se il titolare ha scelto il piano "ACTA base" i familiari non possono optare per "ACTA plus"  
 - se il titolare ha scelto il piano "ACTA plus" i familiari possono optare per "ACTA base" o "ACTA plus"  
 - se il titolare ha scelto il piano "ACTA ridotto" i familiari non possono aderire

Cognome e Nome.....  
 nato a..... il..... Codice Fiscale.....  
 parentela..... e-mail..... cell.....  
 Piano di assistenza **ACTA BASE**  / **ACTA PLUS**   
**OGGI E DOMANI**  / **SILVER**  / **PLUS**  / **PLUS SILVER**  Firma (se minorenni firma il titolare).....

Cognome e Nome.....  
 nato a..... il..... Codice Fiscale.....  
 parentela..... e-mail..... cell.....  
 Piano di assistenza **ACTA BASE**  / **ACTA PLUS**   
**OGGI E DOMANI**  / **SILVER**  / **PLUS**  / **PLUS SILVER**  Firma (se minorenni firma il titolare).....

Cognome e Nome.....  
 nato a..... il..... Codice Fiscale.....  
 parentela..... e-mail..... cell.....  
 Piano di assistenza **ACTA BASE**  / **ACTA PLUS**   
**OGGI E DOMANI**  / **SILVER**  / **PLUS**  / **PLUS SILVER**  Firma (se minorenni firma il titolare).....

Chiede che gli eventuali sussidi e rimborsi vengano accreditati sul proprio c/c bancario con COORDINATE BANCARIE IBAN

PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N. C/C

Il sottoscritto chiede che **le comunicazioni di Insieme Salute gli siano notificate** (barrare una delle due opzioni):

a mezzo posta elettronica       a mezzo posta cartacea ordinaria

Come è venuto a conoscenza di Insieme Salute:

Passaparola       Internet       Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Conferma infine espressamente di aver preso visione e di approvare l'informativa privacy (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016), lo Statuto di Insieme Salute e Il Regolamento di Assistenza Sanitaria Integrativa riservato agli iscritti all' Associazione Consulenti Terziario Avanzato. Di essere obbligato, in mancanza di disdetta scritta da inviare a Insieme Salute entro il 31 ottobre, al versamento dei contributi per l'anno successivo.

## Informazioni sui trattamenti di dati personali (articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679)

- Titolare e dati di contatto

Titolare	Insieme Salute Società di Mutuo Soccorso
Indirizzo	V.le San Gimignano, n. 30/32, 20146 Milano
Telefono	02 37052067
Fax	02 37052072
Email	<a href="mailto:info@insiemesalute.org">info@insiemesalute.org</a>
Sito internet	<a href="http://www.insiemesalute.org">www.insiemesalute.org</a>
DPO	Alberto Siro Inzaghi
Email DPO	<a href="mailto:info@inzaghiassociati.com">info@inzaghiassociati.com</a>

- Trattamenti

Trattamento	Finalità	Base giuridica	Destinatari	Periodo di conservazione	Fonte *
<b>Raccolta, registrazione e utilizzo dei dati anagrafici di contatto, bancari e sanitari</b>	Perfezionamento della qualifica di Socio Assistito ed erogazione del servizio.	Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali	Funzioni interne.	10 anni dalla perdita della qualifica di Socio Assistito.	
<b>Comunicazione di dati anagrafici, di contatto e sanitari</b>	Programmazione ed esecuzione di consulenze mediche/odontoiatriche per valutare l'assistibilità delle prestazioni richieste.	Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali	Funzioni interne. Consulente medico e/o odontoiatrico. Strutture convenzionate/enti terzi erogatori dei servizi.	10 anni dalla perdita della qualifica di Socio Assistito.	
<b>Raccolta, registrazione e utilizzo delle attestazioni rilasciate dal consulente medico e/o odontoiatrico e dei dati anagrafici e sanitari</b>	Erogazione delle prestazioni medico-sanitarie.	Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali	Funzioni interne. Strutture convenzionate.	10 anni dalla perdita della qualifica di Socio Assistito.	
<b>Raccolta, registrazione e utilizzo di dati anagrafici, sanitari e di immagini</b>	Pubblicazione all'interno dell'area riservata del Socio Assistito.	Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali	Funzioni interne.	10 anni dalla perdita della qualifica di Socio Assistito.	
<b>Raccolta, registrazioni e utilizzo dei dati di contatto</b>	Invio di comunicazioni, tramite newsletter, relative al servizio dell'Organizzazione.	Art. 6, par. 1, b) Esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali	Funzioni interne.	I dati saranno conservati fino alla disiscrizione dalla newsletter o fino al mantenimento della qualifica di Socio Assistito.	

\* Se non è specificata la fonte, si intende che i dati sono raccolti direttamente dal titolare del rapporto associativo che è incaricato dagli eventuali familiari iscritti a tenere i rapporti con Insieme Salute in particolare per quanto riguarda la ricezione dei documenti di riepilogo e la visualizzazione sull'area web riservata al nucleo familiare dei documenti inviati a Insieme Salute.

- L'interessato ha il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica, l'aggiornamento o la cancellazione degli stessi se incompleti, erronei o raccolti in violazione di legge, la limitazione del trattamento che lo riguarda, la trasformazione dei dati in forma anonima o di opporsi al trattamento. Inoltre, può revocare in ogni momento il consenso al trattamento dei propri dati precedentemente espresso chiedendo la cancellazione dal servizio. All'interessato è inoltre riconosciuto il diritto di proporre reclamo e ricorso all'Autorità garante per la protezione dei dati personali, secondo le modalità previste dall'Autorità stessa (le istruzioni sono consultabili sulla pagina internet <https://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/docweb/-/docweb-display/docweb/4535524>)
- Conseguenze della mancata comunicazione dei dati:
  - **Raccolta, registrazione e utilizzo dei dati anagrafici di contatto, bancari e sanitari** → impossibilità per l'Organizzazione di attribuire la qualifica di Socio al soggetto interessato e di procedere alla prestazione.
  - **Comunicazione di dati anagrafici, di contatto e sanitari** → impossibilità di programmare consulenze mediche/odontoiatriche.
  - **Raccolta e registrazione e utilizzo delle attestazioni rilasciate dal consulente medico e/o odontoiatrico e dei dati anagrafici e sanitari** → impossibilità di erogare le prestazioni medico-sanitarie.
  - **Raccolta, registrazione e utilizzo di dati anagrafici, sanitari e di immagini** → impossibilità di pubblicare i contenuti all'interno dell'area riservata del Socio Assistito.
  - **Raccolta, registrazioni e utilizzo dei dati di contatto** → impossibilità di inviare informazioni in merito al servizio offerto dall'Organizzazione.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 2 della Legge 4 gennaio 1968 n. 15, come modificato dall'art. 3 punto 10 della Legge 15 maggio 1997, n.127)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Valendosi della facoltà stabilita dall'art. 2 della L. 15/1968, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la sua personale responsabilità

**DICHIARA**

che la famiglia convivente si compone di:

---

---

---

---

---

---

---

---

Letto, confermato e sottoscritto

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

**IL DICHIARANTE**

\_\_\_\_\_

Ogni aderente è tenuto a compilare e a firmare la presente scheda e a recapitarla a Insieme Salute (per gli aderenti minorenni la firma è di chi esercita la patria potestà).

### QUESTIONARIO ANAMNESTICO

La invitiamo a compilare con cura il seguente questionario e a consegnarlo con la domanda di adesione a Insieme Salute.

I dati contenuti nel questionario saranno trattati secondo quanto previsto dall'informativa privacy rilasciatale (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016).

Le dichiarazioni inesatte o reticenti rese in sede di compilazione del presente questionario possono comportare la mancata corresponsione di quanto previsto dalla forma di assistenza sanitaria a cui il socio aderisce.

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

1. E' mai stato sottoposto ad intervento chirurgico (anche ambulatoriale)? SI [ ] NO [ ]

Anno \_\_\_\_\_ tipo di intervento \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ tipo di intervento \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ tipo di intervento \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ tipo di intervento \_\_\_\_\_

Annotazioni

2. E' mai stato ricoverato in ospedale o casa di cura senza subire intervento chirurgico? SI [ ] NO [ ]

Anno \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Anno \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

Annotazioni

3. Ha praticato negli ultimi 5 anni (o pratica attualmente) terapie continuative o a cicli ripetuti? SI [ ] NO [ ]

se si indicare il tipo di terapia e la motivazione

Terapia \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Terapia \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Terapia \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_  
Terapia \_\_\_\_\_ motivo \_\_\_\_\_

4. E' portatore di malformazioni e/o difetti fisici? SI [ ] NO [ ]

se si indicare quali

---

---

5. Ha mai subito gravi lesioni traumatiche?

SI [ ] NO [ ]

<input type="checkbox"/>	Fratture lussazioni (specificare)	_____
<input type="checkbox"/>	Distorsioni gravi (specificare)	_____
<input type="checkbox"/>	Traumi cranici (specificare)	_____
<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	_____

Annotazioni

6. Soffre attualmente di qualche malattia acuta o cronica?  
se si indicare quali

SI [ ] NO [ ]

---

---

7. E' attualmente in stato di gravidanza?

SI [ ] NO [ ]

Annotazioni

8. Ha mai avuto problemi alimentari (bulimia, anoressia, obesità)?  
se si indicare quali

SI [ ] NO [ ]

---

---

9. Fumatore/fumatrice?

SI [ ] NO [ ]

Annotazioni

Note:

---

---

---

Data di compilazione \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (GG/MM/AAAA)

Firma

\_\_\_\_\_  
leggibile

**ATTENZIONE!**

Le ricordiamo che le malattie insorte precedentemente alla data di decorrenza della Sua iscrizione a Insieme Salute e le malattie ad esse correlate, non sono in alcun modo assistibili nei primi 3 o 5 anni di iscrizione (a seconda del Piano scelto\*). Pertanto le richieste di rimborso per le prestazioni relative a tali patologie saranno respinte. Analogamente non sono assistibili le gravidanze in corso al momento dell'iscrizione.

\*Le preesistenze sono assistite dopo 3 anni di iscrizione ininterrotta per i Piani Ridotto e Base.

\* Le preesistenze sono assistite dopo 5 anni di iscrizione ininterrotta per il Piano Plus.