

COME ADERIRE A INSIEME SALUTE

1. Versamento contributi e tassa di adesione

Il versamento dei contributi e della tassa di adesione una tantum (10 €/ persona) può essere effettuato tramite:

BANCA: bonifico sul conto corrente intestato a Insieme Salute su
Unicredit IBAN IT 08 Z 02008 01730 000040618370

Banca Popolare Etica IBAN IT 72 K 05018 01600 000011399334

POSTA: sul c/c postale n. 40372203 intestato a Insieme Salute viale San Gimignano, 30/32 20146 Milano.

SEPA (ex RID BANCARIO)

E' possibile attivare l'addebito automatico su conto corrente SEPA. Se l'adesione decorre dal 1° gennaio l'importo sarà prelevato in 4 rate trimestrali uguali. Per decorrenze diverse l'intero importo sarà prelevato in unica rata per il primo anno e in 4 rate per gli anni successivi. Per autorizzare l'addebito diretto contatta gli uffici di Insieme Salute.

UFFICI INSIEME SALUTE

Recandosi presso gli uffici di Insieme Salute in viale San Gimignano, 30/32 a Milano.

N.B.: l'iscrizione decorre dal **primo giorno del mese successivo** a quello in cui è stato effettuato il versamento dei contributi.

2. Modulistica per l'adesione

Il Socio dovrà compilare in tutte le parti e firmare i seguenti documenti (in caso di adesione del nucleo familiare è necessaria la firma di tutti i componenti maggiorenni):

1. Domanda di adesione;
2. Autocertificazione dei familiari conviventi (se prevista l'adesione dei familiari);
3. Questionario anamnestico (uno per ogni socio iscritto. Non richiesto per adesioni alla sola "assistenza odontoiatrica").

Attenzione: alla documentazione compilata allegare

- ✓ **copia della ricevuta di versamento dei contributi**
- ✓ **copia di un documento di riconoscimento valido (solo aderenti maggiorenni)**
- ✓ **copia di un documento attestante l'iscrizione ad AITI**

3. Consegna modulistica per l'adesione

La modulistica compilata deve essere recapitata a Insieme Salute o consegnata all'ufficio entro la data di decorrenza dell'iscrizione utilizzando una delle seguenti modalità:

FAX al numero 02/37.05.20.72

POSTA ELETTRONICA all'indirizzo info@insiemesalute.org

POSTA CARTACEA a Insieme Salute – Viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano

PER ULTERIORI INFORMAZIONI

Insieme Salute, viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano

Telefono 02/37.05.20.67; **Fax** 02/37.05.20.72;

e-mail info@insiemesalute.org e **per richieste di rimborso:** rimborsi@insiemesalute.org

sito web www.insiemesalute.org



INSIEME SALUTE - Società di Mutuo Soccorso
 Viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano
 tel. 02.37052067 - fax 02.37052072 - mail: info@insiemesalute.org - www.insiemesalute.org

DOMANDA DI AMMISSIONE

Il sottoscritto.....
 Nato a..... (.....) il.....
 Residente in..... Via..... n°.....
 email..... cellulare..... Telefono.....
 Codice Fiscale..... Professione.....
 Piano di assistenza **AITI BASE** / **PLUS** / **RIDOTTO** / **MINI**

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 famigliari 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 "AITI base" i famigliari non possono optare per "AITI plus"
 - se il titolare ha scelto il piano "AITI plus" i famigliari possono optare per "AITI base" o "AITI plus"
 - se il titolare ha scelto il piano "AITI ridotto" o il piano "AITI mini" i famigliari non possono aderire

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

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

Cognome e Nome.....
nato a..... *il*..... *Codice Fiscale*.....
parentela..... *e-mail*..... *cell.*.....
 Piano di assistenza **AITI BASE** / **AITI PLUS** *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 Italiana Traduttori e Interpreti.

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.

..... il Firma

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	info@insiemesalute.org
Sito internet	www.insiemesalute.org
DPO	Alberto Siro Inzaghi
Email DPO	info@inzaghiassociati.com

- Trattamenti

Trattamento	Finalità	Base giuridica	Destinatari	Periodo di conservazione	Fonte *
Raccolta, registrazione e utilizzo dei dati anagrafici di contatto, bancari e sanitari	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.	
Comunicazione di dati anagrafici, di contatto e sanitari	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.	
Raccolta, registrazione e utilizzo delle attestazioni rilasciate dal consulente medico e/o odontoiatrico e dei dati anagrafici e sanitari	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.	
Raccolta, registrazione e utilizzo di dati anagrafici, sanitari e di immagini	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.	
Raccolta, registrazioni e utilizzo dei dati di contatto	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, Mini e Base.
* Le preesistenze sono assistite dopo 5 anni di iscrizione ininterrotta per il Piano Plus.