



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

## MODALITA' DI VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI

Il versamento dei contributi per Insieme Salute può essere effettuato tramite:

- **BANCA**

Bonifico sul conto corrente intestato a Insieme Salute  
presso Unicredit IBAN **IT08Z0200801730000040618370**  
oppure presso Banca Popolare Etica IBAN **IT72K0501801600000011399334**

- **POSTA**

Sul c/c postale n. **40372203** intestato a Insieme Salute viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano.

- **Modalità SEPA (ex RID)**

E' possibile attivare il versamento automatico annuale tramite SEPA: gli interessati devono contattare gli uffici di Insieme Salute. Con questa modalità i contributi vengono pagati in 4 rate.

Come causale indicare: ***Contributi associativi a soc. di mutuo soccorso***

La contabile bancaria o la ricevuta di versamento sul c/c postale, insieme agli altri documenti per l'adesione vanno inviati a Insieme Salute tramite:

- **FAX** al numero 02/37.05.20.72
- **POSTA ELETTRONICA** all'indirizzo [info@insiemesalute.org](mailto:info@insiemesalute.org)
- **POSTA CARTACEA** a Insieme Salute - Viale San Gimignano, 30/32 - 20146 Milano
- **Consegnati agli uffici di 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](mailto:info@insiemesalute.org) o [valerio.ceffa@insiemesalute.org](mailto:valerio.ceffa@insiemesalute.org)  
**sito web** [www.insiemesalute.org](http://www.insiemesalute.org)

## DOMANDA DI ISCRIZIONE

### Riservata iscritti all'Associazione Intesa Sindacale Pensionati Crèdit Agricole

#### TITOLARE DEL RAPPORTO ASSOCIATIVO

Il sottoscritto (Cognome)		(Nome)	
residente in Via			
C.A.P.	Città	Provincia	
Telefono	Cellulare	mail	
data di nascita	___/___/___	luogo	
Codice Fiscale		professione	
Associato all'Associazione Intesa Sindacale Pensionati Crèdit Agricole			Data di decorrenza

#### CHIEDE

**Di essere ammesso** quale socio della società di mutuo soccorso INSIEME SALUTE con sede in Milano viale San Gimignano, 30/32, insieme al proprio nucleo familiare sotto elencato, i cui maggiorenni sottoscrivono la presente ai medesimi effetti e delegano il titolare del rapporto associativo a tenere i rapporti con Insieme Salute in particolare per quanto riguarda il versamento dei contributi associativi, la ricezione dei documenti di riepilogo e la visualizzazione sull'area web riservata al nucleo familiare dei documenti inviati a Insieme Salute. Il sottoscritto dichiara altresì di esercitare la potestà genitoriale/tutela sui componenti minorenni della propria famiglia e di agire per conto loro;

#### AL PIANO DI ASSISTENZA SANITARIA (barrare le caselle che interessano)

- Piano A
- Piano B
- Piano C (Può essere anche abbinato al Piano A o al Piano B)
- Piano C con opzione "Esami di alta diagnostica"
- Oggi e Domani

a decorrere dal primo giorno del mese successivo al versamento dei contributi a Insieme Salute.

Tutti i sottoscritti della presente domanda dichiarano di aver ricevuto, visionato e approvato l'informativa privacy (d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e GDPR dell'Unione Europea n. 679/2016), lo Statuto sociale di Insieme Salute e il Regolamento del piano sanitario prescelto di cui alla convenzione con l'"Associazione Intesa Sindacale Pensionati Crèdit Agricole" e in particolare di conoscere: l'art. 13 del Regolamento del Piano A o del Piano B e/o l'art. 12.3 del Piano C, prendendo fra l'altro atto che "Gli associati non possono essere assistiti da Insieme Salute per le malattie nonché le sequele e le manifestazioni morbose a queste eziopatogenicamente rapportabili preesistenti alla data della loro iscrizione"; e l'art.4 sapendo che "Il socio può recedere dalla Mutua dandone comunicazione.... entro e non oltre il 30 settembre di ogni anno".

Tutti i sottoscritti si impegnano sin d'ora ad accettare ogni variazione dei predetti che fosse approvata dalla competente Assemblea di Insieme Salute e/o concordata con l'Associazione Intesa Sindacale Pensionati Cariparma Crèdit Agricole.

#### NUCLEO FAMILIARE (compilare solo per i familiari aderenti)

Cognome		Nome		parentela
telefono	cellulare	mail		
data di nascita	___/___/___	luogo		
Codice Fiscale		professione		
Firma (per i maggiorenni)				
Cognome		Nome		parentela
telefono	cellulare	mail		
data di nascita	___/___/___	luogo		
Codice Fiscale		professione		
Firma (per i maggiorenni)				

Chiede che gli eventuali sussidi e rimborsi gli vengano accreditati sul proprio C/C bancario

Paese 2 lettere	CIN EUR 2 numeri	CIN 1 lettera	ABI – 5 numeri	CAB – 5 numeri	NUMERO CONTO C/C – 12 numeri

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) \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

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	<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. 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.