

DOMANDA DI ISCRIZIONE SOCI

(da inviare via email a pianisanitari@mail.casagit.it)

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____ Data di nascita: _____ Sesso: _____

Nato a: _____ Prov.: _____ Nazione: _____

Indirizzo di RESIDENZA: Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

E-mail: _____

Recapito telefonico: _____ Cellulare: _____

consapevole delle sanzioni penali previste dall'Art. 76 T.U. 445/2000, nel caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizioni di atti falsi, contenenti dati non più rispondenti a verità, secondo quanto stabilito dall'Art. 4 comma 4-5 dello Statuto
CHIEDE DI ADERIRE A CASAGIT SALUTE.

DICHIARA DI:

non essere mai stato iscritto in precedenza a CASAGIT

di essere stato iscritto a CASAGIT in qualità di:

SOCIO

FAMILIARE

se in qualità di FAMILIARE specificare:

COGNOME E NOME del Socio Caponucleo: _____

CODICE FISCALE del Socio Caponucleo: _____

essere in possesso della qualifica professionale

GIORNALISTA

Professionista

Pubblicista

Iscritto all'Elenco Stranieri

Praticante

Iscrizione all'Ordine dei Giornalisti (regione): _____

ALTRI ORDINI PROFESSIONALI

Ordine di appartenenza _____

Provincia o regione: _____

LIBERO PROFESSIONISTA

ALTRO

DIPENDENTE

CHIEDE DI ADERIRE AL PIANO SANITARIO

SALUTE PROTETTA

SALUTE SERENA

E di provvedere al pagamento dei contributi con periodicità

ANNUALE anticipata

TRIMESTRALE anticipata

COORDINATE BANCARIE

Preso atto che CASAGIT SALUTE provvede agli accrediti esclusivamente mediante bonifico bancario, **autorizza l'accredito dei rimborsi** spettanti sulle coordinate IBAN di seguito indicate:

Intestatario del conto _____

Presso la Banca _____ Città/Filiale _____

Per i bonifici internazionali è necessario indicare anche il codice SWIFT/BIC (8 o 11 caratteri alfanumerici)

CASAGIT SALUTE NON SARÀ RESPONSABILE PER I MANCATI PAGAMENTI O PAGAMENTI NON ANDATI A BUON FINE, OVE I DATI BANCARI FORNITI RISULTASSERO ERRATI O NON PIÙ VALIDI.

Data _____

Firma _____

Il Sottoscritto, DICHIARA di aver preso visione e di conformarsi alle norme dello STATUTO, del REGOLAMENTO APPLICATIVO GENERALE e del REGOLAMENTO DEL PIANO DI ADESIONE, disponibili sul sito istituzionale.

DICHIARA di aver preso atto che **l'iscrizione decorre** dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda e, in caso di prima iscrizione, il diritto all'erogazione delle prestazioni decorre trascorsi **90 giorni** dalla data di iscrizione (ovvero, trascorso un periodo maggiore di carenza su alcune specifiche prestazioni), salvo diversamente disposto dalla Convenzione.

Data _____

Firma _____

DICHIARA inoltre di aver preso atto che il Socio che eserciti il **diritto di recesso** non potrà, a norma dell'Art. 9 comma 2 dello Statuto, presentare in futuro domanda di adesione individuale o collettiva volontaria alla Mutua. In ogni caso, l'eventuale recesso decorrerà dal primo giorno del trimestre solare successivo a quello di presentazione della domanda.

Data _____

Firma _____

Il Sottoscritto si impegna a **versare per almeno TRE ANNI** il contributo associativo, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione.

Data _____

Firma _____

Il Sottoscritto, avendo preso visione dell'informativa fornita da CASAGIT SALUTE ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, pubblicata sul sito istituzionale della Mutua, esprime il libero, specifico ed esplicito **consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali** ivi inclusi anche i dati sensibili, per le finalità di cui al punto 1 a) e b) dell'informativa e nei limiti della stessa.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Esprime il libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per ricevere da Casagit Salute le comunicazioni per le finalità di cui al punto 1 c) dell'informativa e nei limiti della stessa.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Esprime il libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per eleggere a **domicilio speciale l'e-mail** comunicata per le finalità di cui al punto 1 d) dell'informativa e nei limiti della stessa. Tale consenso può essere revocato in ogni momento.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data _____

Firma _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Indicare con una "X" la sola documentazione effettivamente allegata alla domanda.

LA DOMANDA NON CORREDATA DEI DOCUMENTI OBBLIGATORI DECADE DOPO 4 MESI DALLA PRESENTAZIONE DELLA STESSA SE NON OPPORTUNAMENTE INTEGRATA.

Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA

ATTESTATO di iscrizione all'Ordine o al Collegio professionale della Regione Emilia-Romagna aderente a CUP-ER

Copia certificato comprovante l'iscrizione ad ALTRI ENTI o FONDI di assistenza sanitaria (con data fine assistenza)

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ASSISTITI

ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito, per brevità "Regolamento" o "RGPD")

Si può prendere visione dell'informativa della privacy all'indirizzo <https://www.casagitsalute.it/privacy-policy>

DOMANDA DI ISCRIZIONE FAMILIARI

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: _____

a norma dell'Art. 3, comma 4 dello Statuto e degli Artt. 15-18 del Regolamento Applicativo Generale chiede l'iscrizione dei seguenti familiari:

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Codice Fiscale: _____ Data di nascita: _____ Sesso: _____

Nato a: _____ Prov.: _____ Nazione: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____

(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

COGNOME: _____ **NOME:** _____

Codice Fiscale: _____ Data di nascita: _____ Sesso: _____

Nato a: _____ Prov.: _____ Nazione: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____

(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

COGNOME: _____ NOME: _____

Codice Fiscale: _____ Data di nascita: _____ Sesso: _____

Nato a: _____ Prov.: _____ Nazione: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____

(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

COGNOME: _____ NOME: _____

Codice Fiscale: _____ Data di nascita: _____ Sesso: _____

Nato a: _____ Prov.: _____ Nazione: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____

(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

COGNOME: _____ NOME: _____

Codice Fiscale: _____ Data di nascita: _____ Sesso: _____

Nato a: _____ Prov.: _____ Nazione: _____

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del richiedente) Via/Piazza _____ n.: _____

Città: _____ Prov.: _____ CAP: _____

Rapporto di parentela: _____

Il familiare è consapevole che per effetto dell'iscrizione qualsiasi informazione, anagrafica e/o sanitaria a lui riferita, sarà gestita nell'ambito del rapporto associativo sottoscritto con il Socio caponucleo che, per effetto dell'iscrizione del familiare, si intende dallo stesso autorizzato alla conoscenza e trattamento dei propri dati personali e sanitari.

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____

(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

Il Sottoscritto si impegna formalmente e sotto la propria responsabilità a comunicare immediatamente a CASAGIT SALUTE l'eventuale **PERDITA SUCCESSIVA DEI REQUISITI** che costituiscono titolo per iscrizione dei suoi familiari. Dichiara inoltre di aver preso atto che l'iscrizione **decorre** dal primo giorno del mese successivo a quello di presentazione della domanda.

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto, preso atto dell'informativa allegata fornita da CASAGIT SALUTE ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, **esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali dei familiari per i quali richiede assistenza**, ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Resta fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della normativa vigente in materia.

Data _____

Firma _____

Il Sottoscritto si impegna al **versamento del contributo** associativo relativo ai familiari iscritti per almeno un triennio, nella misura stabilita dal Consiglio di Amministrazione, con osservanza dei tempi e delle modalità previste dal Regolamento Applicativo Generale.

Data _____

Firma _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Indicare con una "X" la sola documentazione effettivamente allegata alla domanda.

I documenti contrassegnati da asterisco sono obbligatori ai fini del perfezionamento dell'iscrizione.

LA DOMANDA NON CORREDATA DEI DOCUMENTI OBBLIGATORI DECADE DOPO 4 MESI DALLA PRESENTAZIONE DELLA STESSA SE NON OPPORTUNAMENTE INTEGRATA

PER IL CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO

Certificato di matrimonio, o certificato di "stato di famiglia anagrafico" (Art. 4DPR 223 del 30/05/1989) di data non anteriore a tre mesi per il convivente more uxorio

Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA del familiare

PER I FIGLI ED EQUIPARATI

Certificato di stato di famiglia e/o Certificazione comprovante il Grado di Parentela

Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA del familiare