

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, se non diversamente indicato.

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 si impegna formalmente e sotto la propria responsabilità a comunicare immediatamente a CASAGIT SALUTE l'eventuale **PERDITA DEI REQUISITI** che costituiscono titolo per l'adesione come Socio Ordinario. CASAGIT SALUTE provvede inoltre d'ufficio alla modifica dell'iscrizione da Socio Ordinario a quella di Socio Ordinario Convenzionato, secondo quanto stabilito dall'Art. 19, comma 2 del Regolamento Applicativo Generale.

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.

PER IL GIORNALISTA

Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA

CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI GIORNALISTI di data non anteriore ai 3 mesi

Solo per il Piano sanitario CASAGIT: Documentazione fiscale (ultima disponibile) comprovante il reddito denunciato fiscalmente in Italia o negli stati esteri in cui l'interessato ha la residenza o la cittadinanza; in assenza certificazione dell'Agenzia delle Entrate. Per i residenti all'estero documento equivalente. Il mancato invio della documentazione fiscale comporta l'inquadramento nella categoria contributiva più alta tra quelle definite di anno in anno dal Consiglio di Amministrazione (vedi tabelle contributive sul sito istituzionale della Mutua).

PER LE ALTRE CATEGORIE PROFESSIONALI

Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA

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>