



AIR AMBULANCE Società Mutuo Soccorso
 Via Peppino Rossi, 23 - 20093 Cologno Monzese - Milano - Italia
 Tel. +39 02 21596025 Fax +39 02 2157254
 Mail Info@airambulancesms.org
 IBAN: IT82Z0103020600000002390340

SOLO
99 €

SMS CARD MODULO DI ADESIONE

ID

Io sottoscritto/a _____ Nato/a a _____

Prov. / , il / / Residente a _____

In Via _____ N° _____

CAP C.F. Telefono /

Cell. / E-mail _____

IBAN* Rimborso Sussidio*

Chiedo

di essere iscritto quale socio di AIR AMBULANCE Società Mutuo Soccorso, accettando integralmente lo Statuto sociale ed i Regolamenti in vigore (visibili sul sito www.airambulancesms.org) di cui ho preso conoscenza direttamente. Mi impegno a pagare la quota associativa annua come previsto nei Regolamenti in vigore, consapevole altresì che l'adesione sarà tacitamente rinnovata per ogni anno solare, salvo mia disdetta che dovrà pervenire alla Società a mezzo lettera raccomandata A.R. entro 30 giorni prima della data di scadenza indicata sulla lettera di accettazione.

AIR AMBULANCE SMS CARD 99,00 €

Il socio, preso conoscenza del contenuto normativo del Regolamento accetta espressamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1469 c.c., le norme che di seguito si trascrivono integralmente:

Esclusione del diritto alle prestazioni

Il diritto ai servizi rispettivi della Card non compete quando la causa che determina la richiesta sia conseguente a:

a) atti dolosi e delittuosi compiuti o tentati dal Socio contro terzi o contro se stesso, b) guerre, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo o vandalici, terremoti e altri fenomeni naturali aventi i caratteri della calamità, radiazioni atomiche, scioperi e serrate, c) patologie e infortuni, fatti o eventi preesistenti alla data della domanda di ammissione, se inerenti direttamente al socio, o all'atto di riconoscimento per i soggetti aventi diritto e per gravidanze oltre le 26 settimane.

Perdita dei sussidi per morosità

Al Socio in ritardo con i pagamenti anticipati dei contributi associativi per più di 30 giorni, come da art. 9 dello statuto vigente, non spettano più i sussidi – nessuno escluso – per eventi verificatisi dal primo giorno del mese in cui è divenuto moroso. Se, però, il socio sana interamente per capitale, la predetta morosità entro 30 giorni, gli spetteranno nuovamente i sussidi per eventi verificatisi a partire dal giorno successivo al completamento del saldo. In ogni caso, se la morosità – anche parziale – supera i 30 giorni, il socio decade ipso iure da tale qualifica con ogni conseguente effetto, ivi compresa la sua esclusione dal libro dei soci.

Data _____

Firma del richiedente _____

Trattamento dei dati personali (D.lgs. 196/2003)

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; c) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio.

Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, ecc.).

Data _____

Firma del richiedente _____

* Per poter beneficiare del sussidio è necessario inviare con raccomandata r/r il modulo di adesione debitamente compilato e firmato, e in allegato la ricevuta comprovante il servizio svolto dalla Croce per il quale si richiede il sussidio.

Spazio riservato al canale distributivo

Copia per l'agente

ID

Nome

Cognome

Data di adesione 18 / /

PAOLO ROSSI AIR AMBULANCE fit

Rimborso Sussidio*

Data _____ Firma _____



Copia per il richiedente

ID

Nome

Cognome

Data di adesione 18 / /

PAOLO ROSSI AIR AMBULANCE fit

Rimborso Sussidio*

Data _____ Firma _____

