

Oggetto: **Designazione beneficiario polizza MBA - COOPERANDO 60 riservata ai Soci della Banca Popolare del Frusinate**

Io sottoscritto _____, in qualità di amministratore della Società _____, chiedo di designare quale beneficiario della **Copertura Sanitaria COOPERANDO 60**, riservata ai Soci BPF, il seguente nominativo:

Nome _____

Cognome _____

Codice Fiscale _____

Tale designazione rimarrà valida fino a nuova eventuale comunicazione e comunque non modificherà la validità della Copertura Sanitaria in corso di validità.

Data _____

Firma _____

DOMANDA DI ADESIONE A CASSA MUTUA MBA IN QUALITÀ DI ASSOCIATO

Domanda di iscrizione n.	Convenzione/Ente di appartenenza	Codice
--------------------------	----------------------------------	--------

DATI DEL RICHIEDENTE (i campi contrassegnati con * sono obbligatori)

*Ragione Sociale			*C.F./P.I.V.A.		
*Cognome (del legale rappresentate)			*Nome (del legale rappresentate)		*Sesso ☐ M ☐ F
*Luogo di nascita	Prov.	*Data di nascita	Nazionalità	*C.F.	
*Indirizzo di residenza/Sede Legale			*C.A.P.	*Località/Frazione	*Prov.
*Telefono	*Cellulare		*E-mail/Pec a cui saranno inviate tutte le comunicazioni		
Tipo Documento ☐ C.I. ☐ PAT. ☐ PASS.	N. Documento		Ente di rilascio	Data di rilascio	Data di scadenza

COPERTURA SANITARIA

COPERTURA PRESCELTA (versamento dei contributi con possibilità di frazionamento)	FRAZIONAMENTO
Nome copertura: _____ ☐ Singolo ☐ Nucleo € _____	TIPOLOGIA: _____ (La prima rata sarà comprensiva della quota d'iscrizione. In caso di frazionamento mensile è necessario versare le prime tre mensilità).
Nome copertura: _____ ☐ Singolo ☐ Nucleo € _____	
Nome copertura: _____ ☐ Singolo ☐ Nucleo € _____	

RIEPILOGO QUOTE E CONTRIBUTI ANNUALI

☐ Quota d'iscrizione	€ 50,00
☐ Quota d'iscrizione triennale	€ 150,00
☐ Contributo Totale della Copertura sanitaria prescelta n. Dipendenti _____	€ _____,00
TOTALE QUOTE E CONTRIBUTI DA VERSARE	€ _____,00

MODALITÀ DI PRIMO PAGAMENTO PRESCELTA

☐ Bonifico Bancario intestato a Cassa MBA IBAN: IT44 J031 2403 2010 0000 0230 092
☐ Assegno Circolare o Bancario non trasferibile n° _____ intestato a Cassa MBA

MODALITÀ DI PAGAMENTO RATE SUCCESSIVE ALLA PRIMA

☐ Rid Bancario (Compilare correttamente il modello Sepa per il versamento delle rate successive tramite addebito automatico su RID bancario)
☐ Assegno circolare o bancario non trasferibile intestato a Cassa MBA
☐ Bonifico Bancario intestato a Cassa MBA IBAN: IT44 J031 2403 2010 0000 0230 092

ALLEGATI: COPIA FOTOSTATICA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ DEL LEGALE RAPPRESENTANTE, VISURA CAMERALE E/O DOCUMENTAZIONE ATTESTANTE I POTERI DEL LEGALE RAPPRESENTANTE.

DELEGA DI PAGAMENTO

Il/la sottoscritto/a _____ C. F. _____	
residente in _____ Prov. (____) via/p.zza _____ n. _____	
tel. _____ beneficiario della copertura _____ N _____ scadenza ____ / ____ / ____ di € _____	
DICHIARA	
1) di aver delegato il /la Sig./Soc. _____ a versare per mio conto a CASSA MBA la somma relativa al corrispettivo per la copertura da me sottoscritta;	
2) di aver pagato al Sig. _____ la somma sopra indicata nella seguente modalità:	
- Assegno ☐ bancario ☐ circolare con clausola "non trasferibile" di € _____	
- Bonifico ☐ bancario ☐ postale di € _____	
Luogo e data _____	In fede (firma leggibile del dichiarante) _____

Il richiedente chiede di inserire nella copertura prescelta i seguenti Iscritti e Aventi diritto (non compilare se trasmessi mediante tracciato anagrafico):

DATI ANAGRAFICI DEGLI ISCRITTI DA GARANTIRE (per la definizione di familiare si veda il regolamento applicativo ed il regolamento del Sussidio)					
Iscritto 1	Nome	Cognome		Luogo di nascita	
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI ☐ NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI ☐ NO
Iscritto 2	Nome	Cognome		Luogo di nascita	
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI ☐ NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI ☐ NO
Iscritto 3	Nome	Cognome		Luogo di nascita	
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI ☐ NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI ☐ NO
Iscritto 4	Nome	Cognome		Luogo di nascita	
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI ☐ NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI ☐ NO
Iscritto 5	Nome	Cognome		Luogo di nascita	
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI ☐ NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI ☐ NO
Iscritto 6	Nome	Cognome		Luogo di nascita	
	C.F.	Parentela	Residente (*)	*Fiscalmente a carico ☐ SI ☐ NO	*Grado di invalidità del figlio pari o superiore al 66% ☐ SI ☐ NO
I campi contrassegnati con l'asterisco (*) sono obbligatori in caso di inserimento del figlio					
Il richiedente dichiara inoltre					
☐ Di non avere nessun tipo di malattia pregressa ☐ Di avere le seguenti malattie pregresse _____					
☐ Che i familiari/iscritti sopra indicati non hanno nessun tipo di malattia pregressa ☐ Che i familiari/iscritti sopra indicati hanno le seguenti malattie pregresse: _____					
Iscritto 1	Iscritto 2	Iscritto 3	Iscritto 4	Iscritto 5	Iscritto 6

Luogo e data _____

Firma del richiedente _____

IL RICHIEDENTE INOLTRE:

Dichiara di aver preso visione dello Statuto, del Regolamento Applicativo dello Statuto di Cassa MBA, del Regolamento della Copertura Sanitaria sottoscritta e della Guida Operativa; si impegna, altresì, ad attenersi a tutte le norme e prescrizioni ivi contenute, nonché a rispettare le previsioni indicate dalla Copertura Sanitaria prescelta e che Cassa MBA mette a disposizione dello stesso. La decorrenza delle prestazioni e delle coperture, salvo quanto diversamente pattuito in specifiche Convenzioni, avrà effetto dal giorno di accoglimento della domanda di adesione da parte del CDA di Cassa MBA, ad avvenuto pagamento della quota di iscrizione e del contributo alla Copertura Sanitaria prescelta.

Accetta espressamente che tutte le comunicazioni inerenti al rapporto associativo, le prestazioni previste nelle Coperture Sanitarie prescelte, le relative ed eventuali modifiche apportate di cui alla successiva lettera D) vengano inviate all'indirizzo e-mail indicato nel presente modulo di adesione.

Dichiara ed accetta ai sensi degli artt. 1341 e 1342 del cod. civ. la seguente clausola: "Ogni e qualsiasi controversia dovesse insorgere tra soci, amministratori e Cassa MBA, o essere collegata direttamente o indirettamente in merito all'interpretazione, validità, efficacia, esecuzione o risoluzione dello Statuto e dei Regolamenti nonché della presente domanda di adesione sarà devoluta in via esclusiva al Foro di Roma".

Il richiedente dichiara di accettare espressamente le seguenti condizioni:

A) La qualifica di Associato nonché l'adesione alla Copertura Sanitaria hanno la durata prevista dalla Copertura stessa, decorrente dalla data di delibera del CDA di Cassa MBA successiva alla presentazione della presente domanda di adesione; alla scadenza, la qualifica di Associato e l'adesione all'eventuale Copertura Sanitaria, salvo quanto diversamente pattuito nelle Convenzioni, si intenderanno tacitamente rinnovate in mancanza di disdetta, nella forma prevista infra (C); l'erogazione delle prestazioni è in ogni caso subordinata al corretto pagamento della Quota di iscrizione, del Contributo annuale ed eventuali quote aggiuntive.

B) Diritto di revoca: il sottoscrittore della domanda di adesione a Cassa MBA può esercitare il diritto di revoca entro 10 giorni decorrenti dalla data di sottoscrizione della domanda di adesione medesima ed a condizione che non sia stata data esecuzione al contratto, inviando lettera raccomandata A/R o PEC a Cassa MBA, via di Santa Cornelia, 5 – 00060 Formello (RM). Il sottoscrittore aderente, esercitando il diritto di revoca entro il termine sopra indicato ha diritto al rimborso degli importi versati a Cassa MBA, a titolo di Contributo annuale ed eventuali quote aggiuntive. Per l'operazione di rimborso, Cassa MBA storerà dall'importo dovuto il costo relativo all'operazione bancaria da effettuarsi determinato in euro 1,50. In ogni caso il diritto di revoca di cui sopra è riconosciuto all'associato unicamente al momento della presentazione della prima domanda di ammissione; è pertanto preclusa la revoca al momento del rinnovo annuale della qualifica di Associato o della Copertura Sanitaria prescelta.

C) Diritto di recesso: l'Associato può esercitare il diritto di recesso in qualsiasi momento, che avrà efficacia alla scadenza della Copertura Sanitaria, salvo diversi accordi sottoscritti con Cassa MBA, inviando raccomandata a/r alla sede legale della Società o una mail PEC almeno 60 gg. prima della scadenza. L'Associato recedente non ha diritto alla restituzione di alcuna somma versata.

D) Ferma restando la prevalenza degli obblighi pattuiti nelle Convenzioni sottoscritte, il Consiglio di Amministrazione di Cassa MBA, a tutela degli interessi di tutti gli Associati, ha facoltà di deliberare unilateralmente:

- Variazioni del Contributo annuale per l'adesione alle Coperture Sanitarie, nonché variazione della Quota di iscrizione per l'adesione a Cassa MBA;
- Modifiche relative alle prestazioni sanitarie individuate nelle Coperture Sanitarie nonché alle condizioni di erogazione dei rimborsi (es. quote di spese a carico, massimali, prestazioni di alta diagnostica, etc.)

In ogni caso le variazioni di cui sopra saranno comunicate a tutti gli Associati mediante l'invio di apposita comunicazione all'indirizzo email indicato nel presente modulo di adesione.

E) Spese aggiuntive: Per ogni versamento della quota di iscrizione, a mezzo RID bancario, non andato a buon fine, Cassa MBA si riserva la facoltà di richiedere il pagamento di € 2,60 comprensivo di € 1,70 per lo storno RID ed € 0,90 per la richiesta di nuovo addebito.

F) All'Associato, in ritardo con i pagamenti dei contributi, non spettano:

- Le prestazioni/rimborsi indicati nelle Coperture Sanitarie – nessuno escluso – per eventi verificatisi dal primo giorno del mese in cui è divenuto moroso;
- Le prestazioni/rimborsi indicati nelle Coperture Sanitarie – nessuno escluso – maturati per eventi verificatisi antecedentemente al primo giorno di morosità e, a tale data richiesti, non ancora liquidati da Cassa MBA, sino alla concorrenza massima dell'importo dei contributi associativi per il quale l'Associato risulta moroso, maggiorato degli interessi di mora al tasso legale corrente maturati dal primo giorno di morosità.

In ogni caso, se la morosità supera i 180 giorni, l'Associato decade ipso iure da tale qualifica con conseguente effetto, ivi compresa l'esclusione dalla qualifica di Associato e la sua cancellazione dal libro dei soci. In tale ultima ipotesi l'Associato decade dal diritto per qualunque prestazione e/o copertura.

G) La mancata o incompleta presentazione della documentazione entro 120 giorni dalla data dell'evento, determina l'impossibilità di procedere all'erogazione del rimborso.

Il richiedente inoltre:

- Dichiarare di essere in possesso dei requisiti soggettivi previsti dalla legge e dallo statuto di Cassa MBA
- Dichiarare di conoscere e accettare integralmente lo statuto ed i regolamenti di Cassa MBA
- Dichiarare di conoscere ed accettare integralmente le Coperture Sanitarie di Cassa MBA, corredate dei regolamenti
- Chiede di essere ammesso a Cassa MBA in qualità di Associato
- Si impegna a versare la quota di iscrizione, il contributo annuale anticipato ed eventuali quote aggiuntive, nella misura e con le modalità stabilite dagli organi sociali, ovvero in specifiche Convenzioni sottoscritte
- In caso di ammissione a Cassa MBA, si impegna alle contribuzioni necessarie e idonee al conseguimento degli scopi sociali, all'osservanza dei regolamenti interni e delle deliberazioni degli organi sociali

Luogo e Data _____ **Il richiedente** _____

Il richiedente, previa rilettura, approva espressamente, a norma degli artt. 1341 e 1342 c.c. le condizioni di cui alle precedenti lettere A); B); C); D); E); F); G).

Luogo e Data _____ **Il richiedente** _____

INFORMATIVA RELATIVA AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR)

Gentile Interessato,

di seguito Le forniamo alcune informazioni che è necessario portare a Sua conoscenza, non solo per ottemperare agli obblighi di legge, ma anche perché la trasparenza e la correttezza nei confronti degli interessati è parte fondante della nostra attività.

Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è Cassa Mutua MBA (di seguito anche "Cassa MBA"), con sede in Via di Santa Cornelia 9, Formello (RM); Telefono +39 06 40418219; PEC cassa.mba@legalmail.it; email privacy@mbacassa.org. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al **Data Protection Officer ("DPO")** contattabile ai seguenti recapiti: dpo@mbacassa.org

Dati trattati, finalità, base giuridica e tempo di conservazione

Nell'espletamento delle attività con finalità mutualistiche ai sensi dello Statuto e del Regolamento Attuativo dello Statuto di Cassa MBA La informiamo che raccogliamo e trattiamo i Suoi dati personali di natura comune e di natura particolare.

In merito ai dati personali appartenenti a categorie particolari riferiti ai soci degli enti mutualistici e ai loro familiari, il trattamento è autorizzato dal Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali n. 146 del 5 giugno 2019 ("Provvedimento recante le prescrizioni relative al trattamento di categorie particolari di dati, ai sensi dell'art. 21, comma 1 del d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101", pubblicato sulla GU n 176 del 29 luglio 2019). Non è pertanto necessario il conferimento del consenso per il trattamento di tali dati, in quanto l'adesione all'ente mutualistico e lo scopo sociale dell'ente medesimo legittimano il trattamento dei dati personali in esecuzione del contratto di cui l'interessato è parte a seguito dell'adesione.

Finalità	Dati trattati	Base Giuridica	Tempo di conservazione
Anagrafica e gestione amministrativa Gestione della posizione amministrativa degli associati e beneficiari delle prestazioni erogate, nonché gestione degli obblighi e delle attività conseguenti alla qualifica degli associati a norma di legge, dello Statuto e del Regolamento Attuativo dello Statuto; attività amministrative legate al rapporto associativo, eventuali controversie (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie)	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.) e dati sanitari (stato di salute; patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); coordinate bancarie	Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso; (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); adempimento di obblighi di legge (art. 6, par. 1 lett c) GDPR); Provvedimento Garante Privacy n. 146 del 5 giugno 2019	Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo

Erogazione di prestazioni sanitarie in forma indiretta Valutazione e gestione delle richieste di rimborso spese presentate dall'associato, come previsto dal piano sanitario (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti alla richiesta di rimborso delle spese sanitarie presentata dall'associato)	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); coordinate bancarie.	Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); Provvedimento Garante Privacy n. 146 del 5 giugno 2019	Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo
Erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta Autorizzazione mediante l'accesso alla Rete Convenzionata messa a disposizione da MUTUA MBA in forza del rapporto di mutualità mediata, anche per il tramite del proprio Service Provider (ad es. mediante acquisizione di documentazione sanitaria, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di erogazione di prestazioni in forma diretta)	Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati sanitari (stato di salute: patologie attuali, patologie pregresse, terapie in corso); dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.); coordinate bancarie.	Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR); Provvedimento Garante Privacy n. 146 del 5 giugno 2019	Fino a 10 anni dalla conclusione del rapporto associativo
Attività di informazione istituzionale e promozione della mutualità L'invio di materiale informativo dell'attività svolta da Cassa MBA e di enti convenzionati, anche mediante l'utilizzo di mezzi di contatto quali telefono o internet (sms; mms; e-mail): invio giornale e tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, comunicazione di tutte le iniziative finalizzate a migliorare la vita degli associati e dei beneficiari delle prestazioni socialmente, culturalmente e fisicamente, rilevazione del grado di soddisfazione dell'associato.	Codice fiscale ed altri numeri di identificazione personale; Nominativo, indirizzo o altri elementi di identificazione personale; dati di contatto (numero di telefono/fax; email; ecc.);	Esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte (art. 6, par. 1 lett. b) GDPR)	Fino alla conclusione del rapporto associativo

Il trattamento si svolge in modo che i dati non possano essere ulteriormente trattati per finalità diverse o incompatibili con quelle sopra indicate, per le quali sono stati espressamente raccolti.

In riferimento alle "categorie particolari" di dati personali (dati relativi alla salute), precisiamo che il conferimento di alcuni di essi è necessario per dar seguito alle richieste dell'Interessato e per eseguire le prestazioni contrattuali; pertanto, il mancato conferimento dei suddetti dati potrebbe determinare l'impossibilità per Cassa MBA di adempiere alle proprie prestazioni.

Categorie di destinatari a cui i dati possono essere comunicati

Ai fini dell'erogazione del servizio di assistenza sanitaria nei confronti dei propri associati, Cassa MBA ha affidato a Mutua MBA la gestione di Piani di Assistenza Sanitaria, mediante sottoscrizione di apposito Accordo Quadro, che regola il rapporto di mutualità mediata fra Cassa MBA e Mutua MBA, ai sensi dell'art. 23 del D. Lgs. 179/2012 (servizio erogato anche per il tramite del proprio service provider).

Per l'esecuzione dei servizi richiesti e l'adempimento di obblighi di legge, Cassa MBA potrà dunque comunicare i Suoi dati personali alle seguenti categorie di soggetti:

- MUTUA MBA – Società di Mutuo Soccorso Società Cooperativa per Azioni con sede in Via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia. Telefono 06.90198060; PEC mbamutua@legalmail.it, nominata Responsabile del Trattamento per tutte le attività svolte da Mutua MBA in forza dell'accordo di mutualità mediata. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al Data Protection Officer ("DPO") contattabile ai seguenti recapiti: dpo@mbamutua.it
- Health Assistance Società Cooperativa per Azioni, con sede in Via di Santa Cornelia 9, 00060, Formello (RM), Italia; Telefono +39 069019801; PEC healthassistance@legalmail.it, nominata Responsabile del Trattamento per tutte le attività connesse alla sua attività di service provider ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta. Con riferimento alle questioni attinenti alla protezione dei dati personali, può rivolgersi al Data Protection Officer ("DPO") contattabile ai seguenti recapiti: dpo@healthassistance.it.
- Organismi sanitari, personale medico e paramedico (ad es. le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio di autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta);
- Società e imprese, Consulenti e liberi professionisti in forma singola o associata, corrieri (ad es. per attività strumentali e connesse al perfezionamento e alla gestione del rapporto associativo, quali istituti bancari e finanziari, Società di Mutuo Soccorso, Strutture Sanitarie, Poste o altre società di recapito corrispondenza per la spedizione di materiale di Cassa MBA o di altri organismi convenzionati o impegnati nell'erogazione dei servizi direttamente o indirettamente (quali a titolo esemplificativo, servizi legali, servizi amministrativi, spedizioni e servizi informatici), al service provider per l'erogazione di prestazioni sanitarie in forma diretta o indiretta, nonché per l'attività di convenzionamento e gestione del network; enti per migliorare la qualità e la quantità delle prestazioni offerte;
- a soggetti, pubblici e privati, che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme;
- soggetti autorizzati direttamente dall'interessato mediante delega/autorizzazione.

L'elenco aggiornato dei Responsabili del trattamento è disponibile presso la sede di Cassa MBA ed è reperibile attraverso apposita richiesta inviata all'indirizzo privacy@mbacassa.org

Modalità di trattamento

I dati personali saranno trattati su supporto elettronico o telematico ed anche cartaceo. Nell'ambito dei trattamenti, possono essere previste modalità di organizzazione, di raffronto o di elaborazione dei dati personali per essere eventualmente indirizzati ai destinatari sopra menzionati. Inoltre ogni soggetto coinvolto nell'organizzazione e nella gestione amministrativa del Titolare del trattamento, sarà impegnato al rispetto dei diritti, delle libertà fondamentali e della dignità degli interessati, nonché ad osservare le stesse regole di segretezza alle quali è sottoposto il personale sanitario (medico, infermieristico, ecc.).

Trasferimento dei dati personali verso Paesi non appartenenti alla Unione europea

La informiamo che i Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento in paesi extra UE.

I Suoi diritti

Le ricordiamo che il Regolamento europeo 2016/679 attribuisce all'interessato una serie di diritti, descritti ed esercitabili alle condizioni di cui agli artt. da 15 a 22 dello stesso Regolamento. In particolare, Lei ha diritto:

- di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, l'integrazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano o di opporsi al loro trattamento, nei casi previsti;
- di proporre reclamo all'Autorità di Controllo (Garante della Privacy) laddove ritenga che i Suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo, raggiungibile al sito Web www.garanteprivacy.it;
- di opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi dati personali (Diritto di opposizione) effettuato per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare, sempre che non sussistano motivi legittimi per procedere al trattamento che prevalgono sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato oppure per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria;
- l'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma e Le verrà fornito riscontro entro 30 giorni in forma scritta (salvo Sua specifica richiesta di riscontro orale).

Per esercitare tali diritti Lei potrà rivolgersi a Cassa MBA con sede in Formello (RM) in Via di Santa Cornelia, 9 raggiungibile anche all'indirizzo privacy@mbacassa.org.