



**DOMANDA DI ADESIONE COLLETTIVA** (si prega di scrivere in stampatello)

Ragione Sociale Azienda/Ente: \_\_\_\_\_

Indirizzo sede: \_\_\_\_\_

Codice fiscale/Partita IVA: \_\_\_\_\_ Tel./Cell: \_\_\_\_\_

Indirizzo E-Mail: \_\_\_\_\_ PEC: \_\_\_\_\_

Nominativo referente commerciale: \_\_\_\_\_

• Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Nominativo referente amministrativo: \_\_\_\_\_

• Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

**di aver preso visione e di accettare integralmente e senza eccezione alcuna il contenuto dello Statuto di Seraphis e  
CHIEDE**

1) *L'adesione alla stessa al fine di garantire al proprio personale dipendente:*

Operai     Impiegati     Quadri/Funzionari     Dirigenti     Altro \_\_\_\_\_

CCNL Applicato:  
\_\_\_\_\_

2) *La copertura con il seguente Piano Sanitario:*

**ARGENTO** – Importo mensile € 4,00     **ORO** – Importo mensile € 9,00     **PLATINO** – Importo mensile € 17,00

Per n. \_\_\_\_\_ dipendenti

Previste dalla fonte istitutiva:

C.C.N.L.     Contratto Integrativo     Accordo aziendale     Regolamento aziendale     Altro \_\_\_\_\_

- L'Azienda/Ente si riserva di comunicare i dettagli delle varie prestazioni richieste, il numero e i nominativi dei propri dipendenti beneficiari delle suddette prestazioni e quanto altro richiesto ai fini della gestione e dal Regolamento.
- L'Azienda/Ente si impegna a versare mensilmente le somme sul conto corrente intestato a: Società di Mutuo Soccorso Seraphis c/o Credito Emiliano SPA Roma Ag. 8, IBAN: IT46D0303203207010000701669.
- L'Azienda/Ente si impegna, altresì, a comunicare tempestivamente ogni eventuale variazione che dovesse intervenire rispetto a dati già comunicati.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

(ai sensi del Regolamento UE 2016/679)

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di:

- aver preso visione dell'informativa privacy, accessibile tramite QR code, nonché dello Statuto e del Regolamento della Mutua Seraphis, disponibili sul sito web: <https://www.seraphis.it/la-mutua>
- aver compreso le finalità del trattamento dei propri dati personali, inclusi quelli relativi alla salute;
- prestare il proprio consenso al trattamento dei dati, necessario per usufruire dei servizi offerti dalla Mutua.
- di accettare i Termini e le Condizioni, consultabili al seguente link <https://www.seraphis.it/termini-e-condizioni-2/>



Luogo e Data \_\_\_\_\_

Firma del Legale Rappresentante \_\_\_\_\_