

Modulo di adesione

alla Convenzione Sanint TCM n. 3281009

Verranno respinti i moduli diversi dal presente - E' obbligatorio compilare il modulo in ogni sua parte

Dati personali del richiedente

☐ Agente
 ☐ Socio Procuratore
 ☐ Procuratore

Nome _____ Cognome _____
 Codice agenzia _____ Località _____
 Codice fiscale _____ Partita IVA _____
 Indirizzo _____
 Cap _____ Città _____
 Tel./cell _____ Fax. _____ e-mail _____

Capitale da assicurare Euro	Barrare opzione scelta	Documentazione da produrre
100.000,00	☐	Dichiarazione di non assenza dal lavoro
150.000,00	☐	Questionario anamnestico (scheda 003)
200.000,00	☐	Questionario anamnestico (scheda 003)
250.000,00	☐	Questionario anamnestico (scheda 003)

Dichiarazioni dell'Assicurando

Con la firma del presente modulo l'Assicurando:

1) Io sottoscritto dichiaro di voler aderire, per il capitale sopra indicato, alla specifica polizza temporanea per il caso morte stipulata da AGIT, tramite Sanint. ai sensi dell'art. 1919 del codice civile, autorizzo quindi AGIT a contrarre per mio conto la relativa assicurazione sulla vita.

Data e luogo _____ Firma dell'Assicurando _____

2) Dichiaro di autorizzare AGIT a contrarre per proprio conto la polizza temporanea caso morte

Data e luogo _____ Firma dell'Assicurando _____

3) Dichiaro di non essersi assentato dal lavoro per un tempo superiore a 20 giorni consecutivi negli ultimi 6 mesi

Data e luogo _____ Firma dell'Assicurando _____

4) Se socio procuratore o procuratore dichiara di avere tale qualifica da più di un mese ed a tal fine allega copia della procura ricevuta

Data e luogo _____ Firma dell'Assicurando _____

5) Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del codice civile, conscio che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione, dichiaro che i dati sopra riportati corrispondono al vero

Data e luogo _____ Firma dell'Assicurando _____

6) **Clausole espressamente approvate:** Agli effetti dell'art. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione. Art. Documentazione sanitaria – Art. 2 Limiti di età – Art. 3 Ingresso e permanenza in assicurazione – Art. 4 Suicidio – Art. 6 Sinistro che colpisca più teste – Art. 7 Capitali Assicurati – Art. 8 Beneficiari - Art. 9 Premi di assicurazione – Art. 12 Esclusioni dalla copertura per il caso morte - Art. 14 Foro Competente.

Data e luogo _____ Firma dell'Assicurando _____

**DA RITORNARE DEBITAMENTE TIMBRATO AL TESORIERE AGENTI GROUPAMA ITALIA,
 A MEZZO FAX N. 0776/278008 O AL 178/4412464 ENTRO E NON OLTRE IL 15/01/2012**

ORDINE DI BONIFICO

VI DIAMO ORDINE DI BONIFICARE MEDIANTE ADDEBITO SUL NOSTRO C/C _____

INTESTATO A: _____

L'IMPORTO DI EURO < _____,00 > - (_____ /⁰⁰)

A FAVORE DI :

AGIT AGENTI GROUPAMA ITALIA

IBAN:

Monte Paschi Siena

Filiale di Frosinone

Iban: IT 64 P 01030 14800 000001470354

CAUSALE:

<< COD. AGENZIA >>

(DA INDICARE OBBLIGATORIAMENTE)

VALUTA PER IL
BENEFICIARIO:

NON SUCCESSIVA AL 15/01/2012

TIMBRO E FIRMA

TIMBRO **OBBLIGATORIO** DELLA BANCA PER
CONFERMA RICEVIMENTO DELL'ORDINE DI
BONIFICO

IN CASO VENGANO UTILIZZATI SISTEMI DI PAGAMENTO ONLINE (HOMEBANKING)
ALLEGARE LA STAMPA DEL REPORT ON-LINE
CON PRECISATA LA VALUTA FISSA PER IL BENEFICIARIO (NON SUCCESSIVA AL 15/01/2012)

DA RITORNARE DEBITAMENTE TIMBRATO AL **TESORIERE AGENTI GROUPAMA ITALIA**,
A MEZZO FAX N. **0776/278008** O AL **178/4412464** ENTRO E NON OLTRE IL 15/01/2012

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di Marsh dei dati personali da Lei comunicatici al momento della richiesta di accensione della polizza in oggetto con la Compagnia di Assicurazione nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle denunce di sinistro e/o alle richieste di indennizzo da Lei eventualmente avanzate per il nostro tramite alla medesima Compagnia di Assicurazione.

I dati personali già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'accensione della polizza e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con la Compagnia di Assicurazione.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci i dati personali sopra detti potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di stipulare la polizza o quella di gestire i sinistri e dare corso alle Sue richieste di indennizzo.

Nell'ambito di Marsh, il trattamento di tutti i dati che La riguardano (sia quelli comuni, sia quelli sensibili) viene effettuato esclusivamente da parte di soggetti incaricati ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. 196/03, ed avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento.

I Suoi dati saranno altresì comunicati alla Compagnia di Assicurazione, ai fini dell'accensione della polizza e della successiva gestione dei sinistri e corresponsione degli indennizzi; inoltre, essi potrebbero essere trasmessi a soggetti incaricati di fornire consulenza in materia legale, contabile e fiscale.

Alcuni dati da Lei forniti potrebbero inoltre essere registrati da Marsh S.p.A. in banche dati ubicate all'estero e resi accessibili a società appartenenti al Gruppo Marsh, situate anche al di fuori dell'Unione Europea, così come alla casa madre di Marsh S.p.A., situata negli Stati Uniti.

Responsabile per il trattamento dei dati che La riguardano è il Dott. Guido Carravieri domiciliato per la carica presso la sede di Marsh, in Viale Bodio n. 33, 20158 Milano.

Al sopraindicato responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03.

In particolare, Lei potrà: (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano ed averne comunicazione in forma intelligibile; (ii) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettificazione o - se vi ha interesse - l'integrazione dei dati che La riguardano; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) opporsi a qualunque trattamento finalizzato all'invio di materiale pubblicitario, alla vendita diretta, al compimento di ricerche di mercato e alla comunicazione commerciale.

Io sottoscritto

(nome e cognome dell'assicurato)

letta l'Informativa sovrastante, autorizzo Marsh S.p.A. a trattare i miei dati personali, compresi quelli sensibili, per le finalità e secondo le modalità descritte nell'Informativa.

Milano, li

(FIRMA)

**DA RITORNARE DEBITAMENTE TIMBRATO AL TESORIERE AGENTI GROUPAMA ITALIA,
A MEZZO FAX N. 0776/278008 O AL 178/4412464 ENTRO E NON OLTRE IL 15/01/2012**