

Modulo di adesione

alla Convenzione Rimborso Spese Mediche n. emittenda

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

Dati personali del Caponucleo☐ Agente ☐ Socio ☐ Procuratore

Nome _____ Cognome _____

Codice agenzia _____ Località _____

Codice fiscale _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____

Tel./cell _____ Fax. _____ e-mail _____

Comunica i seguenti dati dei componenti il proprio nucleo familiare così definito dalla Convenzione RSM n. 50471557 contratta da Cassa Sanint e A.G.IT:

"coniuge o convivente more uxorio, figli conviventi risultanti dallo stato di famiglia e/o non conviventi purchè fiscalmente a carico"

Nome e Cognome	Data Nascita	Parentela	Codice fiscale	Premio (indicare il premio secondo l'allegata tabella. In caso di nucleo, indicare il premio una volta sola)
		Caponucleo		€
		Coniuge o Conviv. more uxorio		€
		Figlio/a convivente		€
		Figlio/a convivente		€
		Figlio/a convivente		€

Nel caso in cui le righe non fossero sufficienti siete pregati di usare un modulo in aggiunta.

Assicurati	Premio RSM
Contributo annuo per single	€ 1.900,00
Contributo annuo per nucleo	€ 1.900,00

Coordinate bancarie di appoggio (iban code) sulle quali verrà fatto il rimborso dei sinistri

Paese	Cin Eur	Cin	ABI	CAB	Conto corrente

Dichiarazioni dell'Assicurando

Con la firma del presente modulo l'Assicurando:

dichiara di aver preso visione e di accettare le condizioni tutte della polizza Rimborso Spese Mediche contratta dal Gruppo Agenti Agit a favore dei propri associati e della la relativa nota informativa

dichiara di aver preso visione dell'Informativa Privacy Marsh sul trattamento dei dati personali

Data e luogo _____ Firma dell'Assicurando _____

Clausole espressamente approvate

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1898 e 1899 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 _____

Agli effetti dell'art. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni Generali di Assicurazione. Art. 7 – Persone non assicurabili Art. 9 – Rinnovo del contratto – Art 11 – Variazione delle persone assicurate – Art. 14 – Altre assicurazioni Art. 15 – Denuncia infortunio o malattia – obblighi dell'assicurato Art. 16 – Criteri di liquidazione Art. 18 - Valutazione del danno.

Data e luogo _____ Firma dell'Assicurando _____

Conferma il carattere impegnativo (proposta irrevocabile art. 1329 c.c.) della presente adesione alla Polizza Convenzione n. 50471557 contratta da Cassa Sanint Agit in favore dei propri associati.

Data e luogo _____ Firma dell'Assicurando _____

Data _____ Firma _____

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 : AGENTI GROUPAMA ITALIA A.G.IT
IBAN: UNICREDIT BANCA
 ORISTANO CORSO UMBERTO
 IBAN: IT 78 H 02008 17401 000102099765

CAUSALE: _____ – << COD. AGENZIA>>
 _____ (DA INDICARE OBBLIGATORIAMENTE)

VALUTA PER IL NON SUCCESSIVA AL 15/01/2013
BENEFICIARIO:

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 15.01.2013**)

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, lì

(FIRMA)