



MOD A/15

Programma
RIMBORSO SPESE SANITARIE
SCHEDA ISCRITTO

AZIENDA ASSOCIATA				
ISCRITTO				
Cognome Nome				
Residenza: Via			Prov:	
Città:			CAP	
Luogo e data nascita				
Codice Fiscale				
Qualifica Aziendale				
<i>(titolare, amministratore, dirigente, funzionario, impiegato ecc...)</i>				
Opzione prescelta				
Composizione Nucleo Familiare (esclusi ascendenti e collaterali):				
Cognome e Nome	Grado di Parentela (*)	NAC (**)	Data di Nascita	Codice Fiscale

I: Iscritto – C: Coniuge - F: Figlia/Figlio

(*) indicare se trattasi di coniuge o convivente "more uxorio"

(**) Indicare se trattasi di familiare "non a carico" o "non assistito" FASI, FASDAC. o altro Fondo equivalente",

Coordinate bancarie				
Banca				
Agenzia			C/C	
ABI		CAB		CIN

Decorrenza dalle ore del

<i>Firma iscritto</i>



OGGETTO: Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali - Legge 103/2003

**INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO
PER IL TRATTAMENTO ASSICURATIVO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi dell'Art. 10 della legge 675/96 e sue successive modifiche e variazioni, in relazione ai dati personali che si intendono trattare, La informiamo di quanto segue:

1 · Il trattamento dei dati personali ad Ella riferiti, è diretto esclusivamente all'espletamento dell'attività di mediazione assicurativa di cui alla Legge 792/84 che regolamenta l'attività dei Broker di Assicurazione.

2 · Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o in ogni modo automatizzati e può consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni indicate dall'Art. 1 comma due della suddetta Legge.

3 · Il conferimento di tali dati è facoltativo, salvo che sia richiesto da specifiche normative quali ad esempio quelle su antiriciclaggio, Casellario centrale infortuni, Motorizzazione Civile.

4 · L'eventuale rifiuto di rispondere può comportare l'impossibilità di svolgere ed eseguire gli incarichi del nostro mandato.

5 · Tali dati possono essere comunicati per le medesime finalità di cui al punto 1) ad altri soggetti del settore assicurativo, quali ad esempio Assicuratori, Coassicuratori, Riassicuratori, Periti, Legali, Società di servizi assicurativi, Organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, ISVAP, Ministero dell'Industria del Commercio e dell'Artigianato,, ed altri anche fuori dal territorio nazionale. In tal caso, i dati identificativi dei corrispondenti titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso il registro pubblico tenuto dal "Garante per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali" e presso i suddetti soggetto.

6 · Tali dati non sono soggetti a diffusione. Oltre a quanto previsto al punto 5), però i dati personali possono essere comunicati ad altre società del gruppo (società controllanti, controllate, collegate, ai sensi dell'art.2359 cod. civ.), pubbliche amministrazioni, a sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura dei servizi informatici o di archiviazione.

7 · L'Art. 13 della suddetta Legge conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché

della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della Legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento.

8 · Il titolare del trattamento è Cassa TUTELA. Responsabili per suo conto sono i soggetti forniti di poteri di rappresentanza, domiciliati presso la sede della società. I relativi dati identificativi possono essere acquisiti presso il registro pubblico tenuto dal predetto Garante nonché presso la sede legale e le sedi periferiche della società.

CONSENSO

Preso atto della Vostra comunicazione riferita ai dati personali a me riferiti e dell'informativa di cui sopra, acconsento in ottemperanza alla Legge N° 675 del 31.12.1996, al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa

Luogo e data

Firma

Familiari assicurati:

Firma _____

Firma _____

Firma _____

Firma _____

Firma _____

Firma _____
