

Spett.le Prassi Broker s.r.l.
Viale di Villa Massimo,39
00161 Roma
Anticipata via fax
06.44.23.45.24

Il Sottoscritto:

COGNOME: _____ NOME: _____

LUOGO E DATA DI NASCITA: _____ CODICE FISCALE: _____

RESIDENTE IN VIA _____

CAP _____ CITTA' _____ PROVINCIA _____

TELEFONO: _____ EMAIL: _____

CHIEDE

Di usufruire della Polizza di tutela legale Assicurazioni Generali n° 252632503, per i medici iscritti F.I.M.M.G., per:

(descrizione breve della denuncia ricevuta o fatta)

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI AI SENSI DEL D.LGS 196/2003

Autorizzo la Fimmg – Federazione Italiana Medici di Famiglia e la Prassi Broker Srl, al trattamento dei miei dati, personali, sensibili e giudiziari al fine di fornirmi il servizio di cui chiedo l'attivazione.

I miei dati potranno essere utilizzati per tutte le finalità connesse o strumentali gestione e liquidazione del sinistro nonché ad ogni altra operazione connessa e necessaria, come per esempio a titolo non esaustivo: nomina consulenti, arbitri, tecnici di parte, istituzioni sanitarie pubbliche o private ecc. I dati forniti saranno trattati solo con le procedure idonee a tutelare la riservatezza dell'utente, previste dal D.lgs 196/2003 (effettuate con l'ausilio di strumenti cartacei ed elettronici) anche quando vengono comunicati dati ad altri soggetti connessi in ambito assicurativo e riassicurativi. Per tali servizi, inoltre, il trattamento potrà essere effettuato, sempre nel rispetto da quanto previsto dal D.lgs 196/2003, da soggetti che svolgono per conto della Fimmg e dalla Prassi Broker compiti di natura consulenziale, tecnica, organizzativa ed operativa. I dati forniti potranno essere conosciuti da incaricati e collaboratori specificatamente autorizzati a trattare tali dati, in qualità di responsabili o incaricati, per il perseguimento delle finalità sopra indicate. I dati non saranno oggetto di diffusione. Sono stato informato del fatto che, in questo caso, il consenso è obbligatorio per non incorrere nella mancata erogazione dei servizi assicurativi e che posso esercitare i diritti di cui all'Art.7 D.lgs 196/2003 di seguito riportato. I dati saranno conservati per i termini di legge, presso i Titolari del trattamento : Fimmg - Federazione Italiana Medici di Famiglia Piazza Guglielmo Marconi, 25 00144 Roma tel. 0654896625 e la Prassi Broker Srl viale di Villa Massimo, 39 –00161 Roma tel. 06 44230010.

Luogo e giorno di sottoscrizione: _____, __ / __ / ____ Firma del medico: _____



Art. 7 d.lgs 196/2003
(Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Dichiarazione da far compilare alla Sede Provinciale FIMMG

Il Segretario Provinciale della F.I.M.M.G. di _____ dott. _____

certifica che il Dott. _____ è iscritto alla F.I.M.M.G. dalla data del _____

Data: _____, __ / __ / ____

Firma del segretario: _____



Da compilare per le eventuali denunce di Responsabilità Civile Professionale:

chiedo di aprire il/i sinistro/i con la Compagnia Unipol Assicurazioni S.p.a con le seguenti polizze:

- denuncia di sinistro e chiede di aprire la posizione assicurativa sulla Responsabilità Civile Professionale.
- Il sottoscritto ha la polizza RCP in Convenzione FIMMG con la Unipol;
- presenta denuncia di sinistro e chiede di aprire le posizioni assicurative sia sulla Tutela giudiziaria che sulla Responsabilità Civile Professionale.
- Sono in possesso di una Polizza di Responsabilità Civile Professionale con:

Compagnia _____ n° polizza _____

ACCONSENTO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Luogo e giorno di sottoscrizione: _____, __ / __ / ____ Firma del medico: _____



