



*Allegato "B" alla Procedura interna per la gestione dei reclami –
Modulo presentazione dei reclami*

MODULO PRESENTAZIONE DEI RECLAMI

AVVERTENZA

LA COMPILAZIONE DEL MODULO E' CONSIGLIATA PER CONSENTIRE UN RAPIDO AVVIO DELLA PROCEDURA DI GESTIONE DEL SUO RECLAMO.

IL PRESENTE MODULO E' UNA GUIDA PER LA MIGLIORE FORMULAZIONE DI RECLAMI VERSO IL BROKER

1

IL MODULO DEVE ESSERE INVIATO A
Medical Insurance Brokers srl
CON UNA DELLE SEGUENTI MODALITA'

- ✓ **PEC info@pec.medicalbrokers.it**
- ✓ **Fax +39 0341 281956**
- ✓ **Email reclami reclami@medicalbrokers.it**
- ✓ **Raccomandata A/R Viale Dante, 17 - 23900 LECCO (LC)**

DATI DEL RECLAMANTE

Cognome e Nome	
Ragione Sociale	
Nato a /il	
Codice Fiscale/P.IVA	
Residenza/Sede Legale	
Città e CAP	
Indirizzo mail	
PEC	
Recapiti Telefonici Tel/Fax	
Propone il reclamo in qualità di	<input type="checkbox"/> Contraente <input type="checkbox"/> Assicurato <input type="checkbox"/> Danneggiato <input type="checkbox"/> Beneficiario



*Allegato "B" alla Procedura interna per la gestione dei reclami –
Modulo presentazione dei reclami*

DATI DI CHI PRESENTA IL RECLAMO: se il reclamo è presentato per il tramite di uno studio legale/associazione o altro inserire nello spazio sottostante i relativi recapiti

Denominazione	
Indirizzo	
PEC	
Recapiti Telefonici Tel/Fax	
Propone il reclamo in qualità di	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Legale <input type="checkbox"/> Consulente <input type="checkbox"/> Associazioni consumatori/portatori di interessi collettivi <input type="checkbox"/> Altro soggetto

DESTINATARIO DEL RECLAMO

	Comportamenti propri dell'intermediario Broker
	Comportamenti dei dipendenti del Broker Indicare il nominativo della persona
	Comportamenti dei collaboratori del Broker Indicare il nominativo della persona

OGGETTO DEL RECLAMO

	Contestazioni sull'informativa precontrattuale e contrattuale
	Contestazioni per mancata o inesatta esecuzione



*Allegato "B" alla Procedura interna per la gestione dei reclami –
Modulo presentazione dei reclami*

Allegati:

- 1) Fotocopia di documento di identità del reclamante
- 2) Altra documentazione (specificare)

5

SOTTOSCRIZIONE DEL RECLAMO

_____ DATA _____

Firma di chi propone il reclamo

Trattamento dei dati personali - Informativa ai sensi del D.lgs 196/03 art. 13

La MEDICAL INSURANCE BROKERS La informa che, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs n. 196/2003, i dati personali da Lei forniti, con la compilazione del presente modulo di reclamo, saranno acquisiti da MEDICAL INSURANCE BROKERS per attivare la relativa procedura di gestione dei reclami.

I dati personali saranno raccolti in una banca dati e potranno formare oggetto di trattamento, effettuato solo internamente a MEDICAL INSURANCE BROKERS, mediante strumenti manuali e/o informatici, per le seguenti finalità:

1. invio, a Lei medesimo, di comunicazioni e informazioni sul trattamento del reclamo da Lei inoltrato;
2. elaborazioni statistiche (in forma anonima) necessarie al reporting interno di MEDICAL INSURANCE BROKERS.

Il conferimento dei dati personali richiesti è facoltativo, tuttavia il mancato riempimento dei campi contrassegnati da asterisco, comporterà l'impossibilità di effettuare il trattamento del dato per le finalità di gestione del reclamo.

Titolare: Il "titolare" del trattamento dei dati è MEDICAL INSURANCE BROKERS nella persona del Legale rappresentante, che ha sede in Viale Dante, 17 – 23900 LECCO (LC) cui Lei potrà far riferimento in relazione al predetto trattamento dei Suoi dati.

Modalità del trattamento: I dati personali sono trattati con strumenti automatizzati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti. Specifiche misure di sicurezza sono osservate per prevenire la perdita dei dati, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati.

Diritti degli interessati: I soggetti cui si riferiscono i dati personali hanno il diritto in qualunque momento di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati e di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione o l'aggiornamento, oppure la rettificazione (art. 7 del d.lgs. n. 196/2003). Ai sensi del medesimo articolo si ha il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso,



***Allegato "B" alla Procedura interna per la gestione dei reclami –
Modulo presentazione dei reclami***

per motivi legittimi, al loro trattamento. Questa informativa sulla privacy può essere modificata periodicamente, e l'uso delle informazioni raccolte è soggetto all'informativa sulla privacy in effetto al momento dell'uso. Con la firma, in calce al documento, confermo l'autorizzazione al trattamento dei miei dati personali.

Data..... Firma.....