

## MODULO PER LA PRESENTAZIONE DEI RECLAMI

- ✓ PEC reclami@pec.medicalbrokers.it
- ✓ Fax 0341/281956
- ✓ Forum reclami del sito <https://www.medicalbrokers.it/procedura-reclami/>
- ✓ Email reclami@medicalbrokers.it
- ✓ Raccomandata A/R Indirizzo Viale Dante 17 Città Lecco Cap 23900

1

### 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

**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	
Città e CAP	

Propone il reclamo in qualità di	<input type="checkbox"/> Diretto interessato <input type="checkbox"/> Legale <input type="checkbox"/> Consulente <input type="checkbox"/> Associazione 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
	Contestazione per esecuzione di operazioni non autorizzate
	Altro

## MOTIVAZIONI *(descrizione dettagliata e chiara del reclamo)*

---



---



---



---



---



---



---



---

## MOTIVAZIONI *(descrizione dettagliata e chiara del reclamo)*

---



---



---

### DICHIARAZIONE E ALLEGATI

Il sottoscritto, *Cognome* \_\_\_\_\_ *Nome* \_\_\_\_\_ dichiara che il reclamo/controversia non è stato già sottoposto all'attenzione dell'Autorità di Vigilanza (IVASS) ovvero rimesso all'autorità giudiziaria o altri sistemi di risoluzione stragiudiziale delle controversie.

Allegati:

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

SOTTOSCRIZIONE DEL RECLAMO

Data e Firma

**Trattamento dei dati personali:** IL BROKER informa che, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), i dati personali da Lei forniti, con la compilazione del presente modulo di reclamo, saranno acquisiti da IL BROKER. 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 da MEDICAL INSURANCE BROKERS e da terzi, con ciò intendendo i soggetti autorizzati al correlato trattamento dei dati stessi, in quanto incaricati di svolgere o fornire specifici servizi strettamente funzionali alle finalità sotto riportate e dall'Ufficio Reclami incaricato, 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 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.

Inoltre, i dati personali raccolti potranno essere comunicati ai soggetti che debbano fornire prestazioni o servizi su incarico del Titolare, quali a titolo esemplificativo i soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela (ad es. gestione della posta elettronica);

I dati oggetto di trattamento potranno, anche, essere diffusi, ovvero si potrà darne conoscenza a soggetti indeterminati, ma solo in forma aggregata, anonima e per finalità statistiche, inclusa quella della loro messa a disposizione o semplice consultazione.

**Titolare:** Il "titolare" del trattamento dei dati è Medical insurance Brokers srl nella persona del Legale Rappresentante, che ha sede operativa in Viale Dante 17, 23900, Lecco 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.

**Periodo di conservazione:** Necessità di assolvere obblighi di legge.

**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. 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, 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 e firma