

**Modulo di adesione POLIZZA MEDICAL LIFE**

Il presente modulo dovrà essere inviato da parte dell'iscritto, al Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 – 00195 Roma.

Il/La Sottoscritto/a
cod. fiscale.....sesso.....
Nato/a ail..... prov
Residente a.....prov.....cap.....
in Vian.....
Tel. Email
Dipendente dell'Azienda Ospedaliera

DICHIARAZIONE DELL'ASSICURANDO

Il sottoscritto dichiara di dare l'assenso all'assicurazione sulla sua vita ai sensi dell'articolo 1919 del Codice Civile in base alle Condizioni previste dalla Convenzione numero 8535/P stipulata tra il FONDO PENSIONE MEDICI ed ALLIANZ S.p.A.

E RICHIEDE

di aderire al contratto effettuando un versamento aggiuntivo al Fondo Pensione, pari ad Euroannui attraverso bonifico bancario sulle seguenti coordinate **C/C Banca del Lavoro e del Piccolo Risparmio S.p.A. C.da Roseto snc - 82100 Benevento - intestato a FONDO PENSIONE MEDICI - IBAN IT 85 F 03136 15001 000050102375** e con la seguente causale ..."quota annuale TCM (nome e cognome)"

N.B. In entrambi i suddetti casi, qualora la copertura decorra da una data diversa dal 1° gennaio (inserimento in copertura in corso d'anno), il premio relativo al primo periodo assicurato verrà comunicato dal Fondo e sarà rideterminato in base ai mesi effettivi di copertura, il prelievo o il versamento diretto saranno quindi di importo inferiore al premio annuo indicato.

Data

Firma dell'aderente

ALLEGATO ALLA PRESENTE:

- QUESTIONARIO ANAMNESTICO COMPILATO E SOTTOSCRITTO
- CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI



Informativa privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

Per rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali La informiamo sull'uso dei dati personali e sui diritti degli interessati (1); a tal fine si richiede che ciascun erede legittimo/beneficiario prenda visione e sottoscriva la presente informativa.

Fondo Pensione Medici deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano.

I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti(2) sono utilizzati dal Fondo Pensione Medici e da terzi a cui essi vengono comunicati al fine di attuare prestazioni pensionistiche complementari del sistema obbligatorio pubblico nonché prestazioni ad esse accessorie previste da leggi, da contratti collettivi o da accordi o regolamenti aziendali a favore dei Soci del Fondo, in conformità al D. Lgs. 252/2005 e successive modifiche ed integrazioni, anche mediante l'uso di fax, del telefono, anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Le chiediamo quindi di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei servizi da lei richiesti.

Per questi servizi abbiamo a volte necessità di trattare anche dati "sensibili (3) "strettamente strumentali all'erogazione degli stessi. Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche tali dati per queste specifiche finalità.

Per tali finalità i Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio, società di service amministrativo.

Il suo consenso riguarda, pertanto, anche l'attività svolta dai suddetti soggetti il cui elenco, costantemente aggiornato, è disponibile gratuitamente chiedendolo al Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma Tel. 06/37354266 Fax 06/37350880

Senza i suoi dati, non potremmo fornirLe i servizi in tutto o in parte.

Alcuni dati, poi, devono essere comunicati da Lei o da terzi per obbligo di legge.

MODALITA' D'USO DEI DATI

I suoi dati personali sono utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe i servizi e le informazioni da lei richieste anche mediante l'uso di fax, del telefono, anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Per taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa. Alcuni di questi soggetti sono operanti anche all'estero.

Questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione "del responsabile" o "dell'incaricato" del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia come distinti "titolari" del trattamento.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz o della catena distributiva agenziale ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto del Fondo Pensione Medici, quali ad esempio: legali, società di servizi cui sono affidate la gestione, le liquidazioni ed i pagamenti, centrali operative di assistenza, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; società di revisione e di consulenza.

In considerazione della suddetta complessità dell'organizzazione e della stretta interrelazione fra le varie funzioni aziendali, Le precisiamo infine che quali responsabili o incaricati del trattamento possono venire a conoscenza dei dati tutti i nostri addetti e/o collaboratori di volta in volta interessati o coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni in conformità alle istruzioni ricevute.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente chiedendolo a Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma Tel. 06/37354266 Fax 06/37350880, ove potrà conoscere anche informazioni più dettagliate circa i soggetti che possono venire a conoscenza dei dati in qualità di incaricati.

Il consenso che Le chiediamo, pertanto, riguarda anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura del servizio. La informiamo inoltre che i Suoi dati personali non verranno diffusi. Lei ha diritto di conoscere, in ogni momento quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati.

Ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (4).

Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a Fondo Pensione Medici – Via Costantino Morin, 45 - 00195 Roma Tel. 06/37354266 Fax 06/37350880.

Luogo e data Firma dell'aderente per consenso

(1) Art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (D. Lgs n. 196/2003)

(2) Altri soggetti che effettuano operazioni che Vi riguardano o che, per soddisfare una Vostra richiesta, forniscono alla azienda informazioni commerciali, finanziarie, professionali ecc., come nel caso in cui l'adesione al Fondo Pensione avvenga su basi contrattuali collettive.

(3) Sono considerati sensibili i dati relativi, ad es. al Vostro stato di salute, alle Vostre opinioni politiche e sindacali e alle Vostre convinzioni religiose (art. 4, comma 1, lettera d) del Codice in materia di protezioni dei dati personali).

(4) Questi diritti sono previsti dall'art. 7 del Codice in materia di protezione dei dati personali. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. Il diritto di opposizione può essere sempre esercitato nei riguardi del materiale commerciale e pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato. Negli altri casi, l'opposizione presuppone un motivo legittimi.