MODULO RECLAMI

AI SENSI DEL REGOLAMENTO ISVAP N.24 DEL 19 MAGGIO 2008 e PROVVEDIMENTO IVASS N. 46 DEL 3 MAGGIO 2016

Il modulo deve essere inviato ad ASSIMEDICI S.r.l. con una delle seguenti modalità:

PEC: info@assimedici.eu
Email: reclami@assimedici.it
FAX 02.87.18.11.52
Raccomandata A/R da indirizzare a:
Assimedici S.r.l. Viale di Porta Vercellina 20 – 20123 Milano (MI)

DATI DEL RECLAMANTE

Cognome		
Nome		
Denominazione		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione	Tel. Ufficio	
Cellulare	Fax	
Email	PEC	
Cod. Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | |		
Partita Iva | | | | | | | | | | |		
Data di nascita | | | | Luogo di nascita		Prov.

Inoltra il reclamo in qualità di:

☐ Contraente ☐ Assicurato ☐ Danneggiato ☐ Beneficiario

Se il reclamo è presentato per il tramite di uno studio legale/associazione o altro inserire nello spazio sottostante i relativi recapiti

Denominazione		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Ufficio	Fax	
Cellulare	Altro numero	
Email	PEC	

Inoltra il reclamo in qualità di:

☐ Legale ☐ Consulente ☐ Associazione consumatori/Portatori di altri interessi collettivi

☐ Altro soggetto_____

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.48.00.94.47
00186 Roma - Piazza Farnese 105 - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail info@assimedici.it PEC info@assimedici.eu
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424
apave Certification UNI/PdR 125:2022
apave Certification ISO 9001

CAUSA DEL RECLAMO

☐ Comportamenti propri dell'intermediario Broker

☐ Comportamenti dei dipendenti dell'intermediario Broker

Indicare il nominativo della persona_____

☐ Comportamenti dei collaboratori dell'intermediario Broker

Indicare il nominativo della persona_____

OGGETTO DEL RECLAMO

☐ Contestazioni sull'informativa precontrattuale

☐ Contestazioni per mancata o inesatta esecuzione

☐ Contestazioni per esecuzione di operazioni non autorizzate

☐ Altro

_____

_____

MOTIVAZIONI (descrizione dettagliata e chiara del reclamo)

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

.

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
00186 Roma - Piazza Farnese 105 - **Tel. (+39) 06.98.35.71.16** - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424
apave Certification UNI/PdR 125:2022
apave Certification ISO 9001

MOTIVAZIONI (Segue)

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
00186 Roma - Piazza Farnese 105 - **Tel. (+39) 06.98.35.71.16** - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424
apave Certification UNI/PdR 125:2022
apave Certification ISO 9001

DICHIARAZIONI E ALLEGATI

Il sottoscritto_____

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

☐ Fotocopia di documento di identità del reclamante

☐ Altra documentazione (specificare)

_____

_____

Trattamento dei dati personali - Informativa ai sensi del D.lgs 196/03 art. 13
Assimedici S.r.l. 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 **Assimedici S.r.l.**.. 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 ad **Assimedici S.r.l.** , 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 **Assimedici S.r.l.**.
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 **Assimedici S.r.l.** nella persona del Legale rappresentante, che ha sede in Viale di Porta Vercellina 20 Milano 20123, 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, 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.

Luogo e data _____|__|__|_____|

Firma

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - **Tel. (+39) 02.91.98.33.11** - Fax (+39) 02.48.00.94.47
00186 Roma - Piazza Farnese 105 - **Tel. (+39) 06.98.35.71.16** - Fax (+39) 06.23.32.43.357
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
Capitale Sociale 50.000,00 i.v.

Numero Verde 800-MEDICI 800-633424
apave Certification UNI/PdR 125:2022
apave Certification ISO 9001