



TADDIA®
— group —

dal 1990 la Sicurezza del Risarcimento

MANDATO COINTESTATO INFORTUNIO SUL LAVORO

Con il presente atto, io sottoscritto/a _____

e-mail (_____@ _____) conferisco incarico e mandato all'Affiliato con marchio TADDIAGroup di _____ ed a Secure Refund S.p.a. affinché agiscano in mio nome e per mio conto nei confronti del datore di lavoro, INPS, INAIL, per ottenere il risarcimento di tutti i danni da me subiti in occasione dell'infortunio occorsomi in data _____.

In particolare, conferisco ogni più ampio potere nella trattazione e definizione della procedura di risarcimento danni, compreso quello di transigere e di ritirare quietanze e assegni a me intestati. Prendo inoltre espressamente atto che il presente mandato è a titolo oneroso e che le spettanze dell'Affiliato con marchio e di Secure Refund S.p.a. ammontano al 12% della sorte, oltre agli onorari corrisposti dalla Compagnia, nonché al rimborso di tutte le spese dalle stesse anticipate per mio conto. Autorizzo sin d'ora la Compagnia assicurativa a bonificare direttamente e distrattamente gli onorari del patrocinatore Secure Refund spa sul conto corrente bancario IBAN..... Qualora, invece, a causa di dichiarazioni non veritiere, ed in particolare a causa di una mia eventuale remissione del mandato, non si ottenesse alcun risarcimento, mi impegno in ogni modo a corrispondere all'Affiliato con marchio TADDIAGroup ed a Secure Refund S.p.a. il pagamento dell'attività da esse svolta per mio conto nella misura prevista dal tariffario esposto nei locali, di cui ho preso visione, per un importo comunque non inferiore ad € 370,00. In ogni modo, spetta all'Affiliato con marchio TADDIAGroup ed a Secure Refund S.p.a. il rimborso di tutte le spese da esse anticipate per mio conto e le spese per la gestione della mia pratica. Accetto inoltre che, in caso di ritiro del mandato, l'Affiliato con marchio TADDIAGroup e Secure Refund S.p.a. tratteranno tutta la mia documentazione fino al pagamento delle spettanze delle stesse. Io sottoscritto infine, autorizzo sin d'ora l'Affiliato con marchio TADDIAGroup e Secure Refund S.p.a., conferendo loro quindi anche specifico mandato in tal senso, ad anticipare, parzialmente o integralmente, le spese mediche, qualora venga dalle stesse ritenuto opportuno nell'ambito dell'espletamento del mandato ricevuto, e mi impegno a rimborsare integralmente all'Affiliato con marchio TADDIAGroup ed a Secure Refund S.p.a. ogni anticipazione, a semplice richiesta delle stesse. All'uopo, dichiaro di eleggere domicilio, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 cod.civ., presso Secure Refund S.p.a. con sede in via Del Serrone n.62, 47890, San Marino – Loc. Murata (RSM). Le spese legali, necessarie ad instaurare eventuali procedimenti giudiziari, saranno invece interamente ed esclusivamente a mio carico. Dichiaro, altresì, che le dichiarazioni fatte corrispondono al vero e me ne assumo la responsabilità.

Mandato conferito in _____, lì _____

FIRMA _____

TEL. _____ E-MAIL _____

Consenso espresso come previsto dal D.Lgs 101/2018 - art. 7 Reg.
UE 679/2016

(informativa ai sensi Art. 13 Reg. UE 679/2016)

Ai fini e per gli effetti delle previsioni di cui al D.Lgs 101/2018 e del Regolamento UE 2016/679, autorizzo L'Affiliato con marchio TADDIAGroup e Secure Refund al trattamento dei miei dati personali ed alla loro comunicazione ai terzi, tra cui: Studi Medici e Ambulatori, per l'espletamento delle prestazioni Terapeutiche necessarie (es. certificati medici, lastre, prescrizioni mediche per riabilitazioni, visite medico legali, ecc.), nonché a Compagnie Assicuratrici, Studi Professionali di Consulenza Legale e Fiscale, per lo svolgimento delle attività derivanti dal presente mandato e per adempiere agli obblighi di legge quali l'emissione e la registrazione di fatture, il versamento di ritenute, etc. A tal fine dichiaro di essere informato (e, per quanto di ragione, espressamente acconsento) circa il fatto che i "dati personali" forniti, o comunque raccolti in conseguenza e nel corso dell'esecuzione del presente mandato, vengano trattati esclusivamente per le finalità del mandato stesso, mediante consultazione, elaborazione, interconnessione, raffronto con altri dati e/o ogni ulteriore elaborazione manuale e/o automatizzata e inoltre, per fini statistici, con esclusivo trattamento dei dati in forma anonima, mediante comunicazione a soggetti pubblici, quando ne facciano richiesta per il perseguimento dei propri fini istituzionali, nonché a soggetti privati, quando lo scopo della richiesta sia compatibile con l'adempimento di obblighi tributari o comunque previsti dalla legge; consapevole che il mancato conferimento può comportare la mancata o la parziale esecuzione del mandato Titolare (Art. 4 c. 7 Reg. UE 679/2016), per quanto concerne il trattamento dei dati affidati all'Affiliato TADDIAGroup di _____ nella sua qualità di Responsabile del Trattamento Esterno (Artt. 4 c. 8 e 28 Reg. UE 679/2016), è Secure Refund S.p.a. secondo quanto sopra individuata, denominata e domiciliata. Dichiaro infine di avere letto ed accettato l'informativa a me consegnata ed ivi allegata in merito al trattamento dei dati personali affidati ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg. UE 679/2016 e di quanto previsto dal D.Lgs 101/2018.

Letto, approvato e sottoscritto in _____ data _____ FIRMA _____



TADDIA
group

dal 1990 la Sicurezza del Risarcimento

Informativa GDPR - Artt. 13 e 14 Reg. UE 679/2016

Titolare del trattamento	Secure Refund spa - Via del Serrone 62 - San Marino - 0549990618, segreteria@taddiagroup.it.
Responsabile della Protezione dei Dati Personali	Ing. Paolo Guerrini c/o IGEA CONSULTING S.r.l. con sede in Pisa Via Di Capitea n. 22 – 56121
Finalità trattamento	La raccolta dei dati effettuata presso l'utente finale è necessaria all'espletamento del mandato conferito al Titolare da parte del cliente e raccolto dall'Affiliato TADDIAGroup nella sua qualità di Responsabile Esterno del Trattamento dei dati personali.
Soggetti responsabili del trattamento dati	Agenzia affiliata TADDIAGroup di _____ - Via _____ n. _____ - _____, CAP _____ Studi medici / Ambulatori specialistici Studi professionali di consulenza legale Compagnie assicurative degli interessati e soggetti coinvolti Aziende di consulenza per rilevazione statistica Aziende informatiche esterne per la manutenzione e aggiornamento del sistema di gestione SINTAWEB 3.0. Studi professionali esterni per gli adempimenti di legge in materia fiscale
Periodo di conservazione dei dati personali conferiti	I dati personali conferiti sono conservati presso il Titolare su archivio digitale protetto per 10 anni. Il Responsabile Esterno affiliato TADDIAGroup di _____ effettua archiviazione cartacea con meccanismi di protezione per 10 anni. Detto termine secondo le disposizioni di legge in materia.
Diritto all'accesso, modifica, cancellazione e portabilità dei dati personali conferiti	L'interessato, per quanto comunicato al Titolare, può sempre richiedere l'accesso, richiederne la modifica nei limiti di legge, richiederne la cancellazione dagli archivi del Titolare e dei Responsabili del trattamento dati esterni nei limiti di legge relativi agli accertamenti degli enti deputati secondo le disposizioni legislative vigenti in Italia. La portabilità può essere richiesta espressamente dall'interessato alla cessazione della conservazione o alla cessazione degli effetti decennali del rapporto contrattuale instaurato tra l'interessato e il titolare.
Diritto a esporre reclami presso il Garante della Privacy	L'interessato, qualora ravveda o riscontri nel titolare comportamenti illeciti, gli sia comunicata una violazione dei data-base informatici o degli archivi cartacei del titolare o comunque siano trattati i dati in modo non conforme alle disposizioni del D.Lgs 101/2018 e del Reg. UE 679/2016, potrà sempre effettuare un esposto o un reclamo presso il Garante della Privacy.

Per presa visione e conferma della lettura della presente informativa sintetica, l'interessato sottoscrive il presente documento _____

in _____ data _____ FIRMA _____