



PROPOSTA / QUESTIONARIO



**POLIZZA
INFORTUNI**

DEI CONSIGLIERI E DEI DIPENDENTI / COLLABORATORI
DI ORDINI E COLLEGI PROVINCIALI,
CONSULTE E FEDERAZIONI, FONDAZIONI
E DEI COMPONENTI DEI CONSIGLI DI DISCIPLINA

Questionario / Proposta di assicurazione per gli Infortuni dei Consiglieri e dei Dipendenti/Collaboratori di Ordini e Collegi Provinciali, Consulte e Federazioni, Consigli di Disciplina

AVVISO IMPORTANTE

VI PREGHIAMO DI RISPONDERE A TUTTE LE DOMANDE IN MODO ESAURIENTE.

Le risposte relative alle domande formulate nella presente Proposta sono considerate di primaria importanza si prega pertanto di indicare tutti i dati richiesti, tenendo presente che ai sensi degli artt. 1892-1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni inesatte o incomplete e le reticenze relative a Circostanze, possono comportare l'annullamento del contratto o comunque la perdita parziale o totale dell'Indennizzo.

E' IMPORTANTE CHE L'ASSICURATO, AUTORIZZATO A SOTTOSCRIVERE LA PRESENTE PROPOSTA, SIA PIENAMENTE CONSAPEVOLE DELLA FINALITÀ DELLA PRESENTE ASSICURAZIONE, DI MODO CHE RISPONDA CORRETTAMENTE ALLE DOMANDE.

Polizza Infortuni per i Componenti del Consiglio di Disciplina e dell'Ordine con eventuale estensione ad altre figure che svolgono attività per conto dell'Ordine ed ai Dipendenti

Caratteristiche e Prestazioni

| | |
|-------------------------------|--|
| OGGETTO | L'assicurazione vale per gli infortuni subiti nell'espletamento della carica di Componente del Consiglio o delle mansioni da Impiegato Amministrativo e/o Organizzativo, ciascuno per l'effettivo proprio ruolo, svolta da ciascun Assicurato, compreso rischio in itinere (tutti i percorsi all'interno della provincia o della regione nelle giornate previste per il Consiglio) e qualunque trasferta autorizzata con delibera preventiva o con ratifica in occasione della prima seduta utile. |
| CONDIZIONI PARTICOLARI | <ul style="list-style-type: none"> - Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare i nominativi delle persone assicurate; - Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le altre eventuali assicurazioni dei singoli assicurati; - Il Contraente è esonerato dalla denuncia di infermità, mutilazioni o difetti fisici da cui le persone assicurate fossero affette al momento della stipulazione della polizza o che in seguito dovessero sopravvenire. |

GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI PER SINGOLO CONSIGLIERE

| | prima combinazione | seconda combinazione | terza combinazione | quarta combinazione | scelta garanzie e |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Garanzie | Capitali Assicurati | Capitali Assicurati | Capitali Assicurati | Capitali Assicurati | Capitali da assicurare |
| Morte | € 700.000 | € 500.000 | € 350.000 | € 250.000 | € _____ |
| Invalidità Permanente da Infortunio* | € 1.000.000 | € 750.000 | € 500.000 | € 350.000 | € _____ |
| Inabilità Temporanea (franchigia 7 giorni, max 180 giorni) | € 200 | € 150 | € 100 | € 50 | € _____ |
| Diaria da ricovero da infortunio (senza franchigia, max 180 giorni) | € 200 | € 150 | € 100 | € 50 | € _____ |
| Diaria per applicazione apparecchi di contenzione o ingessatura (5 giorni di franchigia, max 90 giorni) | € 200 | € 150 | € 100 | € 50 | € _____ |
| Rimborso Spese Sanitarie a seguito di infortunio (franchigia € 75,00) | € 100.000 | € 75.000 | € 50.000 | € 25.000 | € _____ |
| Numero Componenti del Consiglio di Disciplina o del Consiglio dell'Ordine | Premio Annuo Lordo | Premio Annuo Lordo | Premio Annuo Lordo | Premio Annuo Lordo | |
| 7 | <input type="checkbox"/> € 1.400,00 | <input type="checkbox"/> € 1.100,00 | <input type="checkbox"/> € 780,00 | <input type="checkbox"/> € 500,00 | |
| 9 | <input type="checkbox"/> € 1.800,00 | <input type="checkbox"/> € 1.400,00 | <input type="checkbox"/> € 1.000,00 | <input type="checkbox"/> € 630,00 | |
| 11 | <input type="checkbox"/> € 2.200,00 | <input type="checkbox"/> € 1.700,00 | <input type="checkbox"/> € 1.220,00 | <input type="checkbox"/> € 750,00 | |
| 15 | <input type="checkbox"/> € 3.000,00 | <input type="checkbox"/> € 2.350,00 | <input type="checkbox"/> € 1.650,00 | <input type="checkbox"/> € 980,00 | |

Sconti:

Nel caso in cui si chiede di assicurare, con **un'unica Polizza**, i Componenti del Consiglio dell'Ordine o Collegio e i Componenti del Consiglio di Disciplina (e altre figure che svolgono attività per conto dell'Ordine), si applicano i seguenti sconti):

| | | |
|--|---|--|
| Da 14 a 17 Componenti: sconto 5% | Da 18 a 29 Componenti: sconto 10% | Da 30 Componenti: sconto 15% |
|--|---|--|

GARANZIE E CAPITALI ASSICURATI PER SINGOLO DIPENDENTE COLLABORATORE (premio annuo aggiuntivo: € 250,00)

| | | | |
|--|---------------------|--|---------------------|
| Morte | € 350.000,00 | Invalidità Permanente da Infortunio | € 500.000,00 |
| Diaria da ricovero per infortunio (senza franchigia, max 180 giorni) | € 100,00 | Diaria per applicazione apparecchi di contenzione o ingessatura (5 giorni di franchigia, max 90 giorni) | € 100,00 |
| Rimborso Spese Sanitarie a seguito di infortunio (franchigia € 75,00) | | | € 50.000,00 |

* Invalidità Permanente:

- Per il capitale sino a € 500.000: applicazione della franchigia del 3% sino a una invalidità accertata del 10%; nel caso in cui l'invalidità accertata sia maggiore del 10%, non si applica alcuna franchigia;
- Per il capitale oltre € 500.000 e sino a € 1.000.000: applicazione della franchigia del 5% sulla differenza di capitale di € 500.000;
- Se l'invalidità accertata è superiore al 50%, l'indennizzo viene liquidato al 100% del capitale assicurato;
- Applicazione della Tabella "A" - INAIL allegata al D.P.R. n. 1124 del 30/06/1965.

1. Informazioni generali

Proponente (denominazione completa dell'Ordine o Collegio o Consulta o Federazione, ecc.):

Indirizzo: Via/piazza: _____

Città: _____ C.A.P.: _____ Prov.: _____ Partita IVA: _____

Tel.: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Referente presso il Proponente _____

1.1 Indicare:

- | | | Da assicurare? |
|---|-----------|---|
| - Il numero dei Consiglieri: | nr. _____ | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| - Il numero dei Dipendenti/Collaboratori alla data della compilazione del presente questionario | nr. _____ | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| - Il numero dei Componenti del Consiglio di Disciplina: | nr. _____ | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| - Altre figure | nr. _____ | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |

Si è interessati all'estensione per i Dipendenti/Collaboratori? Sì No

Si è interessati alla copertura per i Componenti del Consiglio di Disciplina? Sì No

Si è interessati ad altre figure che svolgono attività in nome e per conto dell'Ordine, ecc.? Sì No

Se "Sì", indicare le attività di ognuno di loro per conto dell'Ordine, Collegio, Consulta, ecc.:

a) Cognome : _____ Nome : _____

Incarichi/Attività: _____

Partecipa alle sedute del Consiglio? Sì No

b) Cognome : _____ Nome : _____

Incarichi/Attività: _____

Partecipa alle sedute del Consiglio? Sì No

c) Cognome : _____ Nome : _____

Incarichi/Attività: _____

Partecipa alle sedute del Consiglio? Sì No

d) Cognome : _____ Nome : _____

Incarichi/Attività: _____

Partecipa alle sedute del Consiglio? Sì No

1.2 Il Proponente ha in corso altre polizze di questo tipo?

Sì No

Se "Sì", indicare:

| | | | |
|---|--|------------------|--|
| Nome dell'Assicuratore | | Data di scadenza | |
| Si prega di allegare copia della polizza completa di condizioni | | | |

1.3 Sono mai state rifiutate coperture assicurative per questi rischi?

Sì No

Se "Sì", fornire dettagli: _____

2. Premi Annui Lordi

a) Se si vogliono assicurare i Consiglieri dell'Ordine (o del Collegio Provinciale o della Consulta o della Federazione), i relativi Premi Annui Lordi per tutti i Consiglieri indicati, sono i seguenti:

| Barrare la casella corrispondente al numero dei Consiglieri e alla relativa combinazione scelta | | | | | |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| | prima | seconda | terza | quarta | |
| | combinazione* | combinazione* | combinazione* | combinazione* | |
| Numero Consiglieri | Premio Annuo Lordo | Premio Annuo Lordo | Premio Annuo Lordo | Premio Annuo Lordo | |
| 7 | <input type="checkbox"/> € 1.400,00 | <input type="checkbox"/> € 1.100,00 | <input type="checkbox"/> € 780,00 | <input type="checkbox"/> € 500,00 | |
| 9 | <input type="checkbox"/> € 1.800,00 | <input type="checkbox"/> € 1.400,00 | <input type="checkbox"/> € 1.000,00 | <input type="checkbox"/> € 630,00 | |
| 11 | <input type="checkbox"/> € 2.200,00 | <input type="checkbox"/> € 1.700,00 | <input type="checkbox"/> € 1.220,00 | <input type="checkbox"/> € 750,00 | |
| 15 | <input type="checkbox"/> € 3.000,00 | <input type="checkbox"/> € 2.350,00 | <input type="checkbox"/> € 1.650,00 | <input type="checkbox"/> € 980,00 | |

*Le combinazioni si riferiscono alle garanzie e capitali indicati a pag. 6

Il premio aggiuntivo per ogni Dipendente/Collaboratore è di € 250,00.

Il premio aggiuntivo per ogni altra figura è orientativamente quello previsto per i Consiglieri, pertanto gli Assicuratori si riservano di confermare o quotare volta per volta il rischio di ogni altra figura, sulla base delle informazioni innanzi riportate.

b) Se si vogliono assicurare i Componenti del Consiglio di Disciplina, i relativi Premi Anni per tutti i Componenti, sono i seguenti:

| Barrare la casella corrispondente al numero dei Componenti e alla relativa combinazione scelta | | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--|
| | prima combinazione* | seconda combinazione* | terza combinazione* | quarta combinazione* | |
| Numero Componenti del Consiglio di Disciplina | Premio Annuo Lordo | Premio Annuo Lordo | Premio Annuo Lordo | Premio Annuo Lordo | |
| 7 | <input type="checkbox"/> € 1.400,00 | <input type="checkbox"/> € 1.100,00 | <input type="checkbox"/> € 780,00 | <input type="checkbox"/> € 500,00 | |
| 9 | <input type="checkbox"/> € 1.800,00 | <input type="checkbox"/> € 1.400,00 | <input type="checkbox"/> € 1.000,00 | <input type="checkbox"/> € 630,00 | |
| 11 | <input type="checkbox"/> € 2.200,00 | <input type="checkbox"/> € 1.700,00 | <input type="checkbox"/> € 1.220,00 | <input type="checkbox"/> € 750,00 | |
| 15 | <input type="checkbox"/> € 3.000,00 | <input type="checkbox"/> € 2.350,00 | <input type="checkbox"/> € 1.650,00 | <input type="checkbox"/> € 980,00 | |

*Le combinazioni si riferiscono alle garanzie e capitali indicati a pag. 6

Sconti

Nel caso in cui si chiede di assicurare, con un'unica polizza, i Componenti del Consiglio dell'Ordine (o Collegio Provinciale o Consulta o Federazione) e i Componenti del Consiglio di Disciplina, si applicano i seguenti sconti:

- Da 14 a 17 componenti complessivi: sconto 5%
- Da 18 a 29 componenti complessivi: sconto 10%
- Oltre 29 componenti complessivi: sconto 15%

Data ____/____/____

Firma del Proponente _____ Carica ricoperta _____

Data ____/____/____

Firma del Proponente _____ Carica ricoperta _____

Spazio riservato alle informazioni supplementari (Additional Information):

Dichiarazioni

In riferimento a quanto dichiarato nelle precedenti domande, il sottoscritto dichiara inoltre:

- che le affermazioni e le informazioni fornite corrispondono a verità e che nessuna informazione importante è stata sottaciuta, omessa o alterata e riconosce che la presente Proposta/Questionario e ogni altra informazione fornita dal sottoscritto e/o per conto dell'Assicurando/i costituisce la base all'eventuale contratto di assicurazione che sarà emesso in conseguenza.
- di essere disponibile ad informare immediatamente gli Assicuratori di ogni variazione di quanto qui dichiarato, che avvenga successivamente alla compilazione del presente questionario.
- di riconoscere che la sottoscrizione della presente Proposta/Questionario non impegna in alcun modo nè l'Assicurando/i nè gli Assicuratori alla stipula del contratto.
- qualora il Proponente sia uno Studio Associato, una Società o una Associazione Professionale, di essere autorizzato a compilare la presente Proposta/Questionario per conto degli stessi, e che gli Assicurandi hanno preso visione e approvato la stessa così come compilata.
- di aver letto attentamente le condizioni di polizza compresa l'Informativa Ex Artt. 13 – 14, del Regolamento UE/2016/679 e D. LGS 101/2018.
- di aver ricevuto e preso visione dei singoli documenti che compongono il Set Informativo, Regolamento IVASS n. 41/2018:
 - 1) DIP DANNI e DIP DANNI AGGIUNTIVO;
 - 2) CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE, COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO;
 - 3) PROPOSTA/QUESTIONARIO.
- Di aver ricevuto e preso visione della comunicazione informativa precontrattuale sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti, ALLEGATO 3 e ALLEGATO 4, come previsto dall'Art. 56, Regolamento IVASS n. 40/2018.

Data ____/____/____

Firma del Proponente _____ Carica ricoperta _____

INFORMATIVA EX ARTT. 13-14, REGOLAMENTO UE/2016/679 E D. LGS. 101/2018

Il Regolamento Europeo UE/2016/679 (di seguito "**Regolamento**") stabilisce norme relative alla protezione delle persone fisiche con riguardo al Trattamento dei dati personali, nonché norme relative alla libera circolazione di tali dati.

In osservanza al principio di trasparenza previsto dall'art. 5 del Regolamento, **GAVA S.r.l.**, con Sede Legale in Milano, CAP 20124, alla Via Roberto Lepetit n. 8/10, e Direzione Generale ed Amministrativa in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, in qualità di Titolare del Trattamento, Le fornisce le informazioni richieste dagli artt. 13 e 14 del Regolamento.

Finalità del Trattamento

Il Trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza, i Suoi diritti ed in conformità alla policy privacy aziendale. L'azienda si impegna inoltre a trattare i Suoi dati nel rispetto del principio di "minimizzazione", ovvero acquisendo e trattando i dati limitatamente a quanto necessario rispetto alle seguenti finalità:

- a) Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario
- b) Attività di rilascio preventivi
- c) Attività di promozione di prodotti assicurativi
- d) Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail
- e) Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri
- f) Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza.

Il conferimento dei Suoi dati personali ed il consenso al Trattamento è obbligatorio, in quanto è necessario all'esecuzione di un contratto di cui Lei è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta, per le finalità di:

- a) Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri
- b) Attività di rilascio preventivi
- c) Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza

ed il Suo rifiuto al conferimento dei dati determinerà l'impossibilità totale di stipula del contratto.

Il conferimento dei Suoi dati personali ed il consenso al Trattamento per le finalità di:

- a) Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario
- b) Attività di promozione di prodotti assicurativi
- c) Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail

è invece facoltativo, poiché ha espresso il consenso al Trattamento dei Suoi dati personali per una o più specifiche finalità, ed il Suo rifiuto non impedisce la corretta stipula e successiva esecuzione del contratto.

Modalità del Trattamento

Il Trattamento dei Suoi dati personali sarà effettuato con modalità cartacee e strumenti informatici nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali e, in particolare, delle misure tecniche ed organizzative adeguate di cui all'art. 32.1 del Regolamento e con l'osservanza di ogni misura cautelativa che ne garantisca la relativa integrità, riservatezza e disponibilità.

Fonte da cui hanno origine i dati

I dati sono raccolti presso l'Interessato.

Categorie di destinatari

I Suoi dati personali potranno essere comunicati, in stretta relazione alle finalità sopra indicate, ai seguenti soggetti o categorie di soggetti:

- a) IVASS
- b) Banche
- c) Compagnie Assicurative
- d) Ufficio italiano Cambi

- e) Consulenti e liberi professionisti anche in forma associata
- f) Intermediari Sez. E
- g) Intermediari Sez. A – Agenti
- h) Intermediari Sez. B - Broker
- i) Motorizzazione Civile e Trasporti in Concessione
- j) Casellario centrale infortuni

La informiamo inoltre che:

- la comunicazione dei Suoi dati alle categorie di soggetti di cui alle lettere a), d), i), j) costituisce un obbligo di legge al quale il Titolare deve ottemperare;
- la comunicazione dei Suoi dati alle categorie di soggetti di cui alle lettere b), c), e), f), g), h) è necessaria per dare esecuzione al contratto di cui Lei è parte.

In relazione a tali categorie di destinatari, il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento, ex art. 28 del Regolamento. L'elenco dei Responsabili del Trattamento è disponibile presso l'Azienda e potrà prenderne visione previa richiesta al Titolare del Trattamento.

I Suoi dati, inoltre, verranno trattati, esclusivamente per le finalità di cui sopra, da parte del personale dipendente e/o collaboratore dell'Azienda, appositamente autorizzato e istruito dal Titolare, ai sensi dell'art. 29 del Regolamento. I Suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione, salvo qualora richiesto da una norma di legge o di regolamento o dalla normativa comunitaria.

Trasferimento di dati personali

I Suoi dati personali non saranno oggetto di trasferimento verso Paesi extra europei o verso organizzazioni internazionali.

Periodo di conservazione

| Trattamento | | Trattamento dati per Polizze per Ordini e Collegi | |
|---|--|---|---|
| CATEGORIE DI DATI | | PERIODO DI CONSERVAZIONE | RIFERIMENTI NORMATIVI |
| - Informazioni sul Proponente (denominazione, indirizzo, fatturato esercizio finanziario, posizioni da assicurare, ecc.); | | 5 anni dalla raccolta dei dati. Il Trattamento avverrà nel pieno rispetto dei principi di riservatezza, correttezza, necessità, liceità e trasparenza e delle misure di sicurezza richieste dalla legge, mediante supporto cartaceo ed informatico accessibile esclusivamente dal Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, e dal personale espressamente incaricato. Il Trattamento sarà svolto direttamente dal Titolare e/o da soggetti facenti parte dell'organizzazione dello stesso in qualità di Responsabili e/o Soggetti Autorizzati del Trattamento. I dati raccolti, soprattutto quelli particolari, per cui l'Interessato ha espresso il proprio consenso al Trattamento, trattati in formato cartaceo, verranno conservati in archivi dotati di serrature di sicurezza, le cui chiavi sono nella disponibilità del Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, ed esclusivamente del singolo Soggetto Autorizzato. Con riferimento ai dati, trattati anche con processi informatici, questi saranno conservati attraverso programmi e sistemi di accesso controllato in grado di proteggere i dati, soprattutto quelli "particolari", da attacchi esterni e/o da qualsiasi intrusione non autorizzata e verranno trattati tramite appositi programmi di archiviazione ed elaborazione dati protetti da passwords ed attraverso operazioni controllate e periodiche di backup in cloud su server. In particolare, la gestione degli adempimenti previsti dal Reg. UE/2016/679, relativi alla protezione dei dati personali, avverrà attraverso l'utilizzo di un software privacy "SicurWeb - Infotel" in cloud, a cui si potrà accedere con delle credenziali di accesso in possesso del Titolare del Trattamento, in persona del Legale Rappresentante pro tempore, ed eventualmente del singolo Soggetto Autorizzato. Al termine del periodo di conservazione o, eventualmente, quando richiesto dall'Interessato, i dati contenuti nei documenti cartacei verranno distrutti attraverso una macchina "distruggi-documenti" o, se in formato elettronico, verranno cancellati, attraverso gli strumenti di cancellazione, da tutti i Personal Computers e da ogni Hard Disk esterno in cui gli stessi possono essere memorizzati. | Art. 5.1 lett e) Reg. UE 2016/679 Criteri per la determinazione del periodo di conservazione dei dati personali |
| - Dati relativi alle condizioni assicurative richieste (massimale, franchigia, retroattività, ecc.); | | | |
| - Dati di contatto (numero di telefono, e-mail, ecc.); | | | |
| - Informazioni relative a precedenti assicurativi (massimale, retroattività, polizza in scadenza, richieste di risarcimento, reclami, ecc.) | | | |

Diritti riconosciuti all'Interessato

In ogni momento potrà esercitare, nei confronti del Titolare, i Suoi diritti previsti dagli artt. 15-22 del Regolamento. In particolare, in qualsiasi momento, Lei avrà il diritto di chiedere:

- l'accesso ai suoi dati personali;
- la loro rettifica in caso di inesattezza degli stessi;
- la cancellazione;
- la limitazione del loro Trattamento.

Avrà inoltre:

- il diritto di opporsi al loro Trattamento se trattati per il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare del Trattamento, qualora ritenesse violati i propri diritti e libertà fondamentali;
- il diritto di revocare in qualsiasi momento il Suo consenso in relazione alle finalità per le quali questo è necessario;
- il diritto alla portabilità dei Suoi dati, ossia il diritto di chiedere e ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali a Lei riferibili;
- il diritto di presentare un reclamo all'Autorità di Controllo.

Identità e dati di contatto del Titolare del Trattamento

Titolare del Trattamento è:

- **GAVA S.r.l.**, con sede legale in Milano, CAP 20124, alla Via Roberto Lepetit n. 8/10, e Direzione Generale ed Amministrativa in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel.: 0831.262301, e-mail: info@gavaunderwriting.com.

Dati di contatto del Responsabile per la Protezione dei Dati

Per tutte le questioni relative al Trattamento dei Suoi dati ed all'esercizio dei Suoi diritti derivanti dal Regolamento, Lei potrà contattare il Responsabile per la Protezione dei Dati (RPD) ai seguenti indirizzi mail:

- Responsabile per la Protezione dei Dati è: **Ing. Luigi Nevoso** - e-mail: dpo@gavaunderwriting.com, con sede in Brindisi, CAP 72100, alla Via Danimarca, n. 2 int. A, tel. 0831.262301.

Dichiarazione di presa visione dell'Informativa e di Consenso al Trattamento dei Dati Personali, ex artt. 7, 13 e 14, Reg. UE 2016/679 e D. Lgs. 101/2018

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____, il ___/___/_____, e residente a _____ in Via _____, in qualità di soggetto interessato dal Trattamento dei dati personali, ex art. 3, Reg. UE 2016/679,

oppure

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nella sua funzione di _____ del/della (Denominazione Sociale) _____, con sede in _____, alla Via _____, P. IVA _____, soggetto interessato dal Trattamento dei dati personali, ex art. 3, Reg. UE 2016/679,

DICHIARA

Di aver ricevuto da parte del Titolare del Trattamento, **GAVA S.r.l.**, per il per il **Trattamento dati per Polizze per Ordini e Collegi**, l'Informativa, ex artt. 13-14, Reg. UE 2016/679, inerente il Trattamento dei propri dati personali, per le finalità indicate nell'Informativa medesima ed:

- 1) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario;**

- 2) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di promozione di prodotti assicurativi;**

- 3) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail;**

- 4) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, classificati dall'art. 9 del Regolamento come "particolari categorie di dati", e, nello specifico, le **Informazioni relative alle abitudini di vita (fumo, alcool, sport, ecc.)**, per le finalità di:

- a) **Attività di rilascio di preventivi;**
- b) **Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza;**
- c) **Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri.**

- 5) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, classificati dall'art. 9 del Regolamento come "particolari categorie di dati" e, nello specifico, le **Informazioni sullo stato fisico (peso, altezza, disturbi uditivi e visivi, ecc.) e di salute (patologie, infortuni, ecc.)**, per le finalità di:

- a) **Attività di rilascio di preventivi;**
- b) **Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza;**
- c) **Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri.**

Luogo e Data _____

L'Interessato _____



www.gavaunderwriting.com