

# MODULO PROPOSTA PER POLIZZA RC PATRIMONIALE FUNZIONARIO PUBBLICO

Esclusa Attività Sanitaria

Per info e adesioni: Tel. 02.91.98.33.11 - E-mail: [info@assientipubblici.it](mailto:info@assientipubblici.it)

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
E-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
<b>Effetto</b>	_ _ _ _ _ _ _	<b>Scadenza</b>  _ _ _ _ _ _ _
	_ _ _ _ _ _ _	<b>Prima Rata</b>  _ _ _ _ _ _ _
La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento		
<b>Massimale sinistro e anno:</b>	<input type="checkbox"/> € 500.000,00	<input type="checkbox"/> € 1.000.000,00 <input type="checkbox"/> € 2.000.000,00
<b>Categoria di rischio:</b>	<input type="checkbox"/> FASCIA 1	<input type="checkbox"/> FASCIA 2 <input type="checkbox"/> FASCIA 3
<input type="checkbox"/> <b>Inclusione danni materiali</b>		
<b>Comprese cariche cessate:</b>	<input type="checkbox"/> FASCIA 1	<input type="checkbox"/> FASCIA 2 <input type="checkbox"/> FASCIA 3
<b>Retroattività: 10 anni compresa</b>	<input type="checkbox"/> <b>Retroattività: Illimitata + 20%</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Aggiungo la Tutela legale € 60,00</b>	<input type="checkbox"/> <b>Rinuncio alla Tutela legale</b>	
<b>IMPORTO TOTALE</b>	€	

**Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:**

**Bonifico bancario:** BANCO BPM C/C intestato

**ASSIMEDICI srl** IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - Causale: nome e cognome

**Carta di Credito:**  VISA  MASTERCARD

NR. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Scad. |\_|\_|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| CVV\*|\_|\_|\_|\_|\_|

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**Nel rispetto della vigente normativa:** Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalervi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Il Proponente

Cod. Partner \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_

**ASSIENTIPUBBLICI è gestito da ASSIMEDICI Srl**

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.87.18.10.98

Roma - Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357

www.assimedici.it E-mail [info@assimedici.it](mailto:info@assimedici.it) PEC [info@assimedici.it](mailto:info@assimedici.it)  
Partita Iva 07626850965 - Iscr. RUI B000401406 del 12.12.2011

Cap. Soc. 50.000,00 i.v



## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile

## AMTRUSTPUBBLICOIMPIEGO

**Dati del Contraente/Assicurato** (\*CAMPI OBBLIGATORI)

COGNOME E NOME *	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	

1. **Indicare il numero di Enti o Società per conto dei quali il Contraente ha una carica da assicurare** (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).

Numero di Enti o Società	Scelta <sup>(X)</sup>
1 Ente/Società	
2 Enti/Società	
3 Enti/Società	
oltre 3 Enti/Società	

**AVVERTENZA: se selezionato "oltre 3 Enti" proseguire comunque nella compilazione del questionario ma prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.**

2. **Indicare la tipologia di Enti o Società per conto dei quali il Contraente ha una carica da assicurare** (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta rispetto alla risposta di cui al punto 1).

Macro Codice	Codice Tipologia	Descrizione Tipologia	Ente/Società 1 <sup>(X)</sup>	Ente/Società 2 <sup>(X)</sup>	Ente/Società 3 <sup>(X)</sup>
A	01	Organi costituzionali e di rilievo costituzionale			
A	02	Ministeri			
A	03	Agenzie Fiscali			
A	05	Magistratura			
A	06	Enti di gestione dei parchi			
A	07	Autorità portuali			
A	08	Altre tipologie di Amministrazione Centrale dello Stato			
B	01	Amministrazioni regionali			
B	02	Amministrazioni provinciali e Città Metropolitane			
B	03	Amministrazioni comunali			
B	04	Comunità montane/Unioni di Comuni/Associazioni di Comuni/Consorzi di Comuni			
B	05	Enti di gestione delle acque/Consorzi irrigui/Enti di tutela del territorio locale			

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile

## AMTRUSTPUBBLICOIMPIEGO

Macro Codice	Codice Tipologia	Descrizione Tipologia	Ente/Società 1 <sup>(X)</sup>	Ente/Società 2 <sup>(X)</sup>	Ente/Società 3 <sup>(X)</sup>
B	06	Altre tipologie di Amministrazioni Locali			
C	01	AGCM			
C	02	AGCOM			
C	03	AGIA			
C	04	ANAC			
C	05	ARERA			
C	06	ART			
C	07	CGS			
C	08	CONSOB			
C	09	COVIP			
C	10	GNPL			
C	11	IVASS			
C	12	Privacy			
C	13	Altre tipologie di Authority			
D	01	Enti Sanitari e/o Ospedalieri			
D	02	Enti Socio Assistenziali			
D	03	Istituti zooprofilattici sperimentali			
D	04	Istituti farmaceutici			
D	05	Enti e Agenzie per l'Ambiente			
D	06	Altre tipologie di Enti Sanitari/Enti Socio Assistenziali/Enti Ambientali			
E	01	INPS			
E	02	INAIL			
E	03	Altre tipologie di Enti nazionali di previdenza e assistenza sociale/Ordini professionali e altre Federazioni			
E	04	Ordini & Collegi Professionali			
E	05	Federazioni sportive			
F	01	Università, Politecnici ed Istituti di istruzione universitaria			
F	02	Istruzione scolastica dell'infanzia, primaria e secondaria			
F	03	Istituti di ricerca			
F	04	Altre tipologie di Istruzione & ricerca pubblica			
G	01	Società non quotata in borsa			
G	02	Società quotata in borsa			
H	01	Camere di Commercio			
H	02	Fondazioni			

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile

## AMTRUSTPUBBLICOIMPIEGO

Macro Codice	Codice Tipologia	Descrizione Tipologia	Ente/Società 1 <sup>(X)</sup>	Ente/Società 2 <sup>(X)</sup>	Ente/Società 3 <sup>(X)</sup>
H	03	Enti a struttura associativa			
H	04	Teatri nazionali e di rilevante interesse culturale			
H	05	Altre tipologie di Organismi di Diritto Pubblico			

3. **Indicare i dati dell'Ente/Società o degli Enti/Società per conto dei quali il Contraente ha una carica da assicurare**

Ente/Società 1	Se compilato a penna, scrivere cortesemente in stampatello maiuscolo			
Denominazione Ente/Società 1				
Provincia in cui ha sede Ente/Società 1				
Comune in cui ha sede Ente/Società 1				
Il Comune ha meno di 15.000 abitanti?*	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Il Comune ha oltre 50.000 abitanti?*	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Ente/Società 2				
Denominazione Ente/Società 2				
Provincia in cui ha sede Ente/Società 2				
Comune in cui ha sede Ente/Società 2				
Il Comune ha meno di 15.000 abitanti?*	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Il Comune ha oltre 50.000 abitanti?*	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Ente/Società 3				
Denominazione Ente/Società 3				
Provincia in cui ha sede Ente/Società 3				
Comune in cui ha sede Ente/Società 3				
Il Comune ha meno di 15.000 abitanti?*	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
Il Comune ha oltre 50.000 abitanti?*	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO

**\*AVVERTENZA: solo se l'Ente per conto del quale il Contraente ha una carica da assicurare, scelto al punto 2), è una Amministrazione Comunale, è necessario indicare se il Comune ha meno di 15.000 abitanti o più di 50.000 abitanti. Nel caso si tratti di altra tipologia di Ente/Società, non compilare detti campi.**

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile

## AMTRUSTPUBBLICOIMPIEGO

4. **Indicare il numero di cariche svolte dal Contraente presso ciascun Ente/Società** (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).

Numero di Enti o Società	1 Carica (X)	2 Cariche (X)	3 Cariche (X)	Oltre 3 Cariche (X)
1 Ente/Società				
2 Enti/Società				
3 Enti/Società				

**AVVERTENZA:** è possibile selezionare fino ad un massimo di 3 cariche per ciascun Ente/Società. Se è necessario assicurare oltre 3 cariche per singolo Ente, proseguire nella compilazione del questionario e prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile

## AMTRUSTPUBBLICOIMPIEGO

5. **Indicare la tipologia di carica che si intende assicurare** (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta rispetto alla risposta di cui al punto 4).

Carica	Ente/Società 1			Ente/Società 2			Ente/Società 3		
	Carica 1 <sup>(X)</sup>	Carica 2 <sup>(X)</sup>	Carica 3 <sup>(X)</sup>	Carica 1 <sup>(X)</sup>	Carica 2 <sup>(X)</sup>	Carica 3 <sup>(X)</sup>	Carica 1 <sup>(X)</sup>	Carica 2 <sup>(X)</sup>	Carica 3 <sup>(X)</sup>
Agente Contabile/Tesoriere									
Alta professionalità									
Alti Ufficiali (*Per Alti Ufficiali si intende da Colonnello in su)									
Assessori									
Assistenti Sociali									
Capo Gabinetto									
CDA di Istituzioni scolastiche e culturali / fondazioni non economiche / casse e ordini professionali									
Componente Nucleo di Valutazione / OIV									
Consigliere Provinciale/Area Metropolitana									
Consigliere Regionale									
Consiglieri delle Federazioni Sportive									
Consiglieri Ordini professionali									
Dipendente di ufficio tecnico senza progettazione									
Dipendente Tecnico incluso RUP									
Dipendenti Amministrativi									
Direttore Amministrativo/Finanziario									
Direttore Generale di Regione									
Direttore Generale Unico									
Direttore Sanitario (incluso direttore di presidio)									
Direttore Universitario (Generale e Amministrativo)									
Direttore/Responsabile di dipartimento/divisione/direzione									
Dirigenti amministrativi									
Dirigenti legali con Procura									
Dirigenti tecnici									
Docenti									
Legale senza procura									
Magistrati									
Membri ODV / Consiglio di sorveglianza / Membro del collegio di gestione / Comitato di gestione									
Membro giunta Camera di Commercio									

# QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile

## AMTRUSTPUBBLICOIMPIEGO

Carica	Ente/Società 1			Ente/Società 2			Ente/Società 3		
	Carica 1 <sup>(X)</sup>	Carica 2 <sup>(X)</sup>	Carica 3 <sup>(X)</sup>	Carica 1 <sup>(X)</sup>	Carica 2 <sup>(X)</sup>	Carica 3 <sup>(X)</sup>	Carica 1 <sup>(X)</sup>	Carica 2 <sup>(X)</sup>	Carica 3 <sup>(X)</sup>
Organo di vertice e suo Vice (es. Sindaco Comune, Presidente, Amministratore Unico, Rettore, Comandante, Prefetto, Commissario Straordinario, Liquidatore, ecc)									
Parlamentari									
Polizia Locale/ Consigliere Comunale/Municipio/Circoscrizione									
Posizione Organizzativa incluso RUP									
Presidente/Membri CDA/Collegio sindacale/Revisori									
Segretario Comunale/Provinciale/Generale									
Sotto Ufficiali									
Ufficiali									

**6. Sezione A) - RC di Colpa Grave - Massimale** (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).

€ 500.000	€ 1.000.000	€ 2.000.000
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7. Sezione A) - RC di Colpa Grave – Retroattività illimitata** (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).

La Garanzia prevede una retroattività base di 10 anni. Si desidera acquistare la retroattività illimitata?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--	--------------------------	----	--------------------------	----

**8. Sezione A) - RC di Colpa Grave - Garanzia aggiuntiva "Danni Materiali"** (è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).

Ad esclusione del Dirigente Tecnico e/o Dipendente Tecnico incluso RUP, la Garanzia prevede la possibilità di acquistare la garanzia aggiuntiva opzionale dei "Danni Materiali". Si desidera acquistarla?	<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
---	--------------------------	----	--------------------------	----

**9. Precedenti assicurativi del contraente – altre assicurazioni cessate per lo stesso rischio – Sezione A) - RC di Colpa Grave**

Esistono altre assicurazioni di Responsabilità civile cessate ma per le quali sia stata attivata la copertura postuma – Ultrattività, con Società del Gruppo AmTrust e/o con altri assicuratori, che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente Polizza.

NO  SI Se SI, indicare il nome della .....  
Compagnia

**10. Altre assicurazioni attive per lo stesso rischio – Sezione A) - RC di Colpa Grave**

Esistono altre polizze assicurative di Responsabilità civile attive, con Società del Gruppo AmTrust e/o con altri assicuratori, che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente polizza?

NO  SI Se SI, indicare il nome della .....  
Compagnia

**11. Dichiarazione relativamente alla sinistrosità pregressa – Sezione A) - RC di Colpa Grave**

# QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile

## AMTRUST PUBBLICOIMPIEGO

L'Assicurato, per gli eventi garantiti in Polizza e nello svolgimento del proprio incarico, ha ricevuto negli ultimi 5 anni Richieste di Risarcimento o sono state instaurate nei suoi confronti azioni legali tese ad accertare la sua Responsabilità civile per Colpa grave?

NO  SI

**Attenzione! Se SI, compilare il punto 14)**

### 12. Dichiarazione relativamente ai fatti noti e circostanze – Sezione A) - RC di Colpa Grave

L'Assicurato, per gli eventi garantiti in Polizza e nello svolgimento del proprio incarico, è a conoscenza di "Fatti noti" e/o Circostanze avvenuti negli ultimi 5 anni dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la sua Responsabilità civile e/o penale?

NO  SI

**Attenzione! Se SI, compilare il punto 15)**

### 13. Dichiarazione in merito alle cariche cessate

Relativamente alle cariche cessate, le stesse sono coperte limitatamente alla Sezione A) RC di Colpa grave se identiche alla/e tipologia/e di incarico/chi assicurato/i con la presente polizza. Intende assicurare cariche cessate di tipologia diversa?

NO  SI

Se SI:

Indicare la carica cessata che si intende assicurare

.....

Indicare la data di cessazione ..../.../.....

### 14. Sinistri Progressi – Sezione A) - RC di Colpa Grave (da compilare solo se risposto SI alla domanda di cui al punto 16)

Sinistro RC n° 1	
Indicare la data di accadimento del sinistro RC	.././....
Indicare l'importo richiesto/liquidato del sinistro RC.	€.....
Fornire una breve descrizione del sinistro RC:	
.....	
.....	
.....	
.....	

Sinistro RC n° 2	
Indicare la data di accadimento del sinistro RC	.././....
Indicare l'importo richiesto/liquidato del sinistro RC.	€.....
Fornire una breve descrizione del sinistro RC:	
.....	
.....	
.....	
.....	

**AVVERTENZA: in presenza di 3 o oltre 3 sinistri, proseguire nella compilazione del questionario e prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.**

### 15. Fatti noti e/o circostanze – Sezione A) - RC di Colpa Grave (da compilare solo se risposto SI alla domanda di cui al punto 17)

Fatto noto e/o circostanza n° 1

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile

## AMTRUSTPUBBLICOIMPIEGO

Indicare la data del fatto noto e/o circostanza	.././....
Fornire una breve descrizione del fatto noto e/o circostanza:	
.....	
.....	
.....	

Fatto noto e/o circostanza n° 2	
Indicare la data del fatto noto e/o circostanza	.././....
Fornire una breve descrizione del fatto noto e/o circostanza:	
.....	
.....	
.....	

**AVVERTENZA: in presenza di 3 o oltre 3 fatti noti o circostanze, proseguire nella compilazione del questionario e prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.**

#### 16. Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: .././....

### Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara che:

- le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;
- la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

### Informativa sintetica sul trattamento dei dati personali

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art.13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati UE n. 2016/679 (di seguito anche "GDPR" o "Regolamento") tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'esecuzione di misure precontrattuali, l'obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento e l'interesse legittimo del Titolare del trattamento a svolgere l'attività assicurativa. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali. Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno conservati per 12 mesi dall'emissione della proposta.

La normativa sulla privacy (artt. 15 e ss. del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione

## QUESTIONARIO DI RACCOLTA DATI

Assicurazione per la Responsabilità Amministrativa e Amministrativo/Contabile

**AMTRUSTPUBBLICOIMPIEGO**

particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito [info-privacy@amtrustgroup.com](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo al Garante per la protezione dei dati personali con le modalità indicate sul sito del Garante ([www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it)), ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, li \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Il Contraente \_\_\_\_\_

## Conferma ricezione di:

- **Allegato 3 - Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....  
luogo e data

### Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni

**Cognome e Nome**  
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale  
o Partita IVA:

Indirizzo residenza  
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

### Informativa precontrattuale

In ottemperanza a quanto previsto dal Provvedimento IVASS n. 147/24, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 – Modulo Unico Precontrattuale (MUP)**

.....  
il contraente/assicurato

### Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....  
il contraente/assicurato

### Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- \_\_\_\_\_ **acconsento\*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Steffano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

\* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....  
il contraente/assicurato