Underwriting Agency S.r.l.

Agenzia

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

MODULO DI PROPOSTA POLIZZA RC PROFESSIONALE AVVOCATI

Da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.19.05** Per informazioni tel. **02.49.53.39.80**

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		Data e Nr iscrizione	

Azienda/Studio			
Indirizzo			
Cap	Città		Prov.
Tel.		Fax	

***Effetto** | | | | **Scadenza** | | | | **Prima rata** | | | |

*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

MASSIMALE: € | | ,00 per anno e per sinistro **Franchigia: €** | | ,00

Premio RC	€ |_____| , 00
Estensioni:	€ |_____| , 00
Totale Omnicomprensivo in attesa di conferma di emissione	€ |_____| , 00

Pagamento:

☐ **Bonifico bancario:** Banco BPM – C/C Intestato **Underwriting Agency Srl**

IBAN: **IT 69 Y 05034 01610 0000 0000 3631** – 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 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 assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data _____|___|___|_____|

_____
(Firma del Contraente)

Underwriting Agency S.r.l.
Agenzia Generale AmTrust Assicurazioni S.p.A.
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. **+39 02.87.19.83.47 -** Fax +39 02.87.15.22.60
Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27
www.underwriting.it - E-mail **info@underwriting.it** - PEC **info@underwritingpec.it**
Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016

Numero Verde 800-119330

Questionario di raccolta dati

Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale, Infortuni e Rimborso Spese Mediche

Dati del Contraente **(*CAMPI OBBLIGATORI)**

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M ☐ F ☐	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente **(*CAMPI OBBLIGATORI)**

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M ☐ F ☐	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

1. ***Nel caso in cui l'Assicurato sia lo Studio Associato o la Società di Professionisti, si desidera assicurare anche l'attività esercitata dai singoli Professionisti fuori dallo Studio, con propria Partita IVA?*** *Se Si, indicare i Compensi per tale attività svolta individualmente*

☐ NO ☐ SI **Attenzione! Se SI, compilare il punto 17)**

2. ***Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O - Compensi*** *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

Indicare la fascia di Compensi (al netto di IVA e contributi Cassa Previdenza) fatturati nell'ultimo esercizio finanziario per l'attività professionale, comprensivi degli eventuali introiti individuali di cui alla precedente domanda. In caso di nuova attività, indicare la stima dei Compensi per l'anno corrente.

fino a € 30.000	da € 30.001 a € 50.000	da € 50.001 fino a € 70.000	da € 70.001 fino a € 150.000	da € 150.001 fino a € 300.000	da € 300.001 fino a € 500.000	da € 500.001 fino a € 1.000.000	da € 1.000.001 fino a € 2.000.000	da € 2.000.001 fino a € 5.000.000	oltre € 5.000.001
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3. ***Garanzia A) – RC Professionale e RCT/O - Massimale*** *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

Avvocato (Persona Fisica) come Contraente e Assicurato						
€ 350.000	€ 500.000	€ 1.000.000	€ 1.500.000	€ 2.000.000	€ 4.000.000	€ 5.000.000
☐	☐	☐	☐		☐	☐

Studio Associato o Società di Professionisti (Persona Giuridica) come Contraente e Assicurato	
€ 1.000.000 per sinistro e € 2.000.000 per periodo di assicurazione	€ 2.000.000 per sinistro e € 4.000.000 per periodo di assicurazione
☐	☐

4. ***Nel caso in cui il Contraente sia lo Studio Associato o la Società di Professionisti, quanti sono gli Avvocati assicurati?***

☐ fino a 10 assicurati ☐ oltre 10 assicurati

AVVERTENZA: se "oltre 10 assicurati", proseguire comunque nella compilazione del questionario e prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.

5. ***Garanzia A) – RC Professionale - Retroattività***

La Garanzia prevede una retroattività illimitata

6. ***Garanzia A) – RC Professionale – Franchigia Facoltativa*** *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

La Garanzia prevede l'applicazione di una franchigia per sinistro di € 500. Si desidera acquistare una franchigia facoltativa pari a € 2.500 per sinistro a fronte di uno sconto sul premio di polizza? ☐ NO ☐ SI

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

Questionario di raccolta dati

Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale, Infortuni e Rimborso Spese Mediche

7. *Garanzia A.1) – Consigliere d'Amministrazione / Sindaco / Revisore Legale / Membro di O.d.V. / Membro del Comitato per il Controllo sulla Gestione* *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

La Garanzia A) prevede la possibilità di acquistare la Garanzia Aggiuntiva Opzionale. Si desidera acquistarla? ☐ NO ☐ SI

Ragione Sociale	Partita IVA della Società	Settore Merceologico	Incarico	Compenso	Data inizio Incarico

Attenzione! Tale Garanzia non può essere acquistata qualora i Compensi per tali attività eccedano il 30% dei Compensi complessivi della propria attività professionale

8. *Garanzia A.2) – Funzioni Pubbliche* *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

La Garanzia A) prevede la possibilità di acquistare la Garanzia Aggiuntiva Opzionale. Si desidera acquistarla? ☐ NO ☐ SI

9. *Garanzia A.3) – Gestore dell'O.C.C.* *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

La Garanzia A) prevede la possibilità di acquistare la Garanzia Aggiuntiva Opzionale. Si desidera acquistarla? ☐ NO ☐ SI

10. *Garanzia A.4) – Responsabile Protezione Dati (D.P.O.)* *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

La Garanzia A) prevede la possibilità di acquistare la Garanzia Aggiuntiva Opzionale. Si desidera acquistarla? ☐ NO ☐ SI

11. *Garanzia B.1) – Infortuni – Opzione 1* *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

La Polizza prevede la possibilità di acquistare le garanzie Morte, Invalidità Permanente da Infortunio, Inabilità temporanea da Infortunio e Rimborso Spese Mediche solo per rischi professionali e in itinere. Si desidera acquistarla?

☐ NO ☐ SI **Se SI, indicare il numero degli Assicurati** .....

12. *Garanzia B.2) – Infortuni – Opzione 2* *(è necessario contrassegnare con una "X" la scelta).*

La Polizza prevede la possibilità di acquistare le garanzie Morte, Invalidità Permanente da Infortunio, Inabilità temporanea da Infortunio e Rimborso Spese Mediche per rischi professionali ed extra professionali (h24). Si desidera acquistarla?

☐ NO ☐ SI **Se SI, indicare il numero degli Assicurati** .....

Attenzione! L' Opzione 1 e l'Opzione 2, qualora acquistate, sono alternative tra loro

13. *Precedenti assicurativi del contraente – altre assicurazioni cessate per lo stesso rischio – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O*

Esistono altre assicurazioni di Responsabilità civile cessate con Società del Gruppo AmTrust e/o con altri assicuratori che hanno coperto l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurati con la presente Polizza?

☐ NO ☐ SI **Se SI, indicare il nome della Compagnia e data cessazione della Polizza** ..../../....

14. *Altre assicurazioni attive per lo stesso rischio – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O*

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

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

15. *Dichiarazione relativamente alla sinistrosità pregressa – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O*

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?

☐ NO ☐ SI **Attenzione! Se SI, compilare il punto 18)**

Questionario di raccolta dati

Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale, Infortuni e Rimborso Spese Mediche

16. *Dichiarazione relativamente ai fatti noti e circostanze – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O*

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 19)**

17. *Elenco Avvocati di Studio Associato o Società di Professionisti che operano anche al di fuori dello Studio/Società*

Si prende atto tra le parti che ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, qualora il Contraente sia uno Studio Associato o Società di professionisti, la garanzia è valida anche per la responsabilità civile personale dei singoli soci di seguito elencati per l'attività esercitata con propria partita IVA, a condizione che gli introiti derivanti da quest'ultima attività siano stati inclusi nei Compensi dello Studio Associato o Società di professionisti.

Elenco Avvocati Assicurati (solo coloro che operano anche al di fuori dello Studio – vedi domanda 1)	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

Questionario di raccolta dati

Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale, Infortuni e Rimborso Spese Mediche

Elenco Avvocati Assicurati (solo coloro che operano anche al di fuori dello Studio – vedi domanda 1)	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	
Nome	
Cognome	
Codice Fiscale	
Codice Fiscale	
Partita IVA	
Provincia dell'Albo Professionale degli Avvocati	
Numero di iscrizione all'Albo Professionale degli Avvocati	

18. *Sinistri Pregressi – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O* *(da compilare solo se risposto SI alla domanda di cui al punto 15)*

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

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

Questionario di raccolta dati

Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale, Infortuni e Rimborso Spese Mediche

Sinistro RC n° 1
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 comunque nella compilazione del questionario e prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.

19. *Fatti noti e/o circostanze – Garanzia A) - RC Professionale e RCT/O* *(da compilare solo se risposto SI alla domanda di cui al punto 16)*

Fatto noto e/o circostanza n° 1	
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 comunque nella compilazione del questionario e prendere contatto con il vostro Sales di riferimento.

20. *Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa*

Indicare la possibile decorrenza della Polizza purchè non antecedente alla presente data : ../../....

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*_____

Questionario di raccolta dati

Assicurazione per la Responsabilità Civile Professionale, Infortuni e Rimborso Spese Mediche

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 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il 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'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. 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 e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dei dati.

Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 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 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 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 all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Luogo e data della sottoscrizione _____ *, li* __/__/____ *Il Contraente*_____

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

DA FIRMARE

Conferma ricezione di:

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
  - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
  - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
  - **Allegato 4*ter* - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **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 di cui al Regolamento IVASS n. 40

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4*ter* - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....
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 indagine 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

Underwriting Agency S.r.l.
Agenzia Generale AmTrust Assicurazioni S.p.A.
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. **+39 02.87.19.83.47** - Fax +39 02.87.15.22.60
Roma Tel. +39 06.92.93.89.18 - Fax +39 06.87.45.90.27
www.underwriting.it - E-mail **info@underwriting.it** - PEC **info@underwritingpec.it**
Partita Iva e Codice Fiscale 09349380965 - Capitale Sociale 30.000,00 euro - Iscrizione RUI A000542486 del 22.02.2016

Numero Verde 800-119330