



# GRAZER WECHSELSEITIGE Versicherung Aktiengesellschaft

Grazer Wechselseitige Versicherung AG – Direzione Commerciale per l'Italia  
Wasagasse 11/10 – A-1090 Wien (Austria) – E-mail: italia@grawe.at  
Tel. +43-1-87.96.357 Fax +43-1-87.96.357-60

Nr. Richiesta: \_\_\_\_\_

## RICHIESTA ASSICURAZIONE SULLA VITA

La presente richiesta di assicurazione sulla vita è indirizzata alla **Grazer Wechselseitige Versicherung AG**, Società per Azioni di diritto austriaco, con sede legale ed amministrazione in A-8010 Graz, Herrengasse 18-20, iscritta al Registro delle Imprese presso il Tribunale di Graz con numero FN 37748 m, soggetta alla vigilanza austriaca sull'esercizio della assicurazioni private (*Istituto austriaco per la vigilanza sui mercati Finanziari – Finanzmarktaufsicht*).

Intermediario: \_\_\_\_\_

Codice: \_\_\_\_\_

Numero di Direzione: \_\_\_\_\_

Riferimento: \_\_\_\_\_

### CONTRAENTE DELL'ASSICURAZIONE

Cognome e Nome (o Ragione Sociale): \_\_\_\_\_

Data di nascita (se persona fisica): \_\_\_\_\_

Sesso: \_\_\_\_\_

Professione/seconda attività: \_\_\_\_\_

Nationalità: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

Nr. Civico: \_\_\_\_\_

Interno: \_\_\_\_\_

NAT: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

NDG: \_\_\_\_\_

Num. di Tel.: \_\_\_\_\_

Num. di Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### Documento di identità (del contraente o del suo legale rappresentante se società o minore)

Tipo:  Carta d'identità  Passaporto  Patente Numero: \_\_\_\_\_

Data del rilascio: \_\_\_\_\_ Autorità emittente: \_\_\_\_\_

**PERSONA ASSICURATA:** concide con il contraente dell'assicurazione

**TARIFFA:** **GA-11 GRAZER-SAFE**

Assicurazione a premio unico con copertura del caso di premorienza.

**Decorrenza richiesta per il contratto:** \_\_\_\_\_ **Durata:** \_\_\_\_\_ **anni**

La decorrenza sarà accettata se la presente richiesta – unitamente alla richiesta documentazione necessaria in ragione della tariffa e del capitale prescelti – perviene alla direzione della compagnia tempestivamente secondo le condizioni generali di assicurazione applicabili. In caso contrario è facoltà della Compagnia far decorrere l'assicurazione dal primo giorno del mese successivo all'emissione della polizza.

PREMIO UNICO \_\_\_\_\_

EUR

CAPITALE ASSICURATO (Prestazione Garantita) INIZIALE \_\_\_\_\_

EUR

**BENEFICIARI IN CASO DI VITA:** Il contraente dell'assicurazione (in mancanza di altre indicazioni)

Altro: Percentuale (Quota) / Nome / Cognome / Codice Fiscale

**BENEFICIARI PER IL CASO DI MORTE:** Eredi legittimi o testamentari (in mancanza di altre indicazioni)

Altro: Percentuale (Quota) / Nome / Cognome / Codice Fiscale



# GRAZER WECHSELSEITIGE

## Versicherung Aktiengesellschaft

Grazer Wechselfeitige Versicherung AG – Direzione Commerciale per l'Italia  
Wasagasse 11/10 – A-1090 Wien (Austria) – E-mail: italia@grawe.at  
Tel. +43-1-87.96.357 Fax +43-1-87.96.357-60

Nr. Richiesta:

### QUESTIONARIO SANITARIO DELLA PERSONA ASSICURATA.

- 1) Nome e indirizzo del medico di famiglia o del/i medico/i da cui è stato ultimamente in cura, con indicazione del motivo dell'ultima visita: \_\_\_\_\_  
Peso \_\_\_\_\_ kg Altezza \_\_\_\_\_ cm  
TEST HIV  Non effettuato  Negativo  Positivo
- 2) Nell'esercizio della Sua professione o in altre attività di lavoro, anche nel tempo libero, è esposto a particolari situazioni di pericolo (contatto con veleni, esplosivi, pratica di sport pericolosi, ecc.) ?  NO  SI  
A quali pericoli, con quale frequenza. Indicare in dettaglio \_\_\_\_\_
- 3) Soffre o ha sofferto in passato di disturbi fisici, psichici o nervosi di qualunque genere?  NO  SI  
Sussistevano o sussistono malattie croniche o affezioni ripetute? \_\_\_\_\_
- 4) Vi sono stati in passato interventi chirurgici o ha dovuto sottoporsi o deve sottoporsi attualmente a trattamenti terapeutici, ricoveri ospedalieri ecc. di qualunque tipo?  NO  SI  
In caso affermativo precisare quali, quando e per quanto tempo. \_\_\_\_\_

### Eventuali Annotazioni:

### MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio di perfezionamento (Premio unico) deve essere pagato mediante BONIFICO BANCARIO a favore del conto premi della Compagnia, le cui coordinate sono di seguito riportate, contestualmente alla presentazione della richiesta di assicurazione, indicando nella causale il Numero di Proposta.

I-BAN: IT31 T030 6912 3121 0000 0006 889 - BIC: BCITITMM (INTESA SANPAOLO SPA)  
Beneficiario: GRAZER WECHSELSEITIGE

**ATTENZIONE: NON SONO AMMESSI ALTRI MEZZI FORME DI PAGAMENTO.**  
Il premio di perfezionamento può essere pagato con efficacia nei confronti della Compagnia solo mediante bonifico alle coordinate sopra indicate.

### INVIO DELLE COMUNICAZIONI PER E-MAIL

Il contraente richiede che le comunicazioni relative al contratto, in particolare gli avvisi di scadenza premio e gli estratti conto annuali, gli vengano inviati per e-mail al seguente indirizzo: \_\_\_\_\_



# GRAZER WECHSELSEITIGE

## Versicherung Aktiengesellschaft

Grazer Wechselseitige Versicherung AG – Direzione Commerciale per l'Italia  
Wasagasse 11/10 – A-1090 Wien (Austria) – E-mail: italia@grawe.at  
Tel. +43-1-87.96.357 Fax +43-1-87.96.357-60

Nr. Richiesta:

### TITOLARITA' ECONOMICA DEL CONTRATTO CHE SI INTENDE CONCLUDERE

- Il contraente dichiara di agire per proprio conto e che il denaro per il pagamento dei premi previsto dal contratto di assicurazione deriva dal proprio patrimonio personale (dal patrimonio dei propri genitori/rappresentanti legali nel caso di minori)
- Il contraente dichiara di agire quale fiduciario dei soggetti di seguito elencati secondo le quote indicate (allegare documenti di identità e scheda identificativa di ciascun fiduciante)

### RESIDENZA FISCALE (COMMON REPORTING STANDARD / FATCA)

- Il contraente dichiara di essere residente fiscalmente esclusivamente in ITALIA
- Il contraente dichiara di essere soggetto di imposta (anche) negli Stati Uniti di America
- Il contraente dichiara di essere residente fiscalmente nel/i seguenti paese/i (indicare il paese ed il codice fiscale assegnato al contraente in ciascun paese)

Mi impegno a comunicare immediatamente alla Compagnia eventuali variazioni della mia residenza fiscale (luogo in cui sono soggetto a tassazione), e prendo atto che la liquidazione delle prestazioni da parte della Compagnia può avvenire – in conformità alle Condizioni di Assicurazione – solo se vengono fornite alla Compagnia le informazioni ed attestazioni, da essa eventualmente richieste, in merito agli obblighi fiscali del Contraente del contratto e del Beneficiario della prestazione.

### ESERCIZIO DI FUNZIONI POLITICAMENTE ESPOSTE

- Il contraente dichiara che ne lui ne un suo congiunto (coniuge, genitore, figli e coniugi dei figli) ne una persona a lui vicina esercita una funzione politica rilevante, è giudice di un'alta corte o ricopre un incarico dirigenziale in una azienda pubblica od a partecipazione statale.
- Il contraente dichiara che lui stesso, un suo congiunto od una persona a lui vicina svolge una funzione politica a livello comunitario, nazionale o locale, è giudice di un'alta corte o ricopre una carica direttiva in una azienda pubblica od a partecipazione statale. Indicare precisamente il ruolo ricoperto.

Il sottoscritto – quale Contraente e/o Persona assicurata - dichiara:

- di essere consapevole del contenuto del contratto per averlo letto prima della sottoscrizione della proposta e di accettare le Condizioni di assicurazione.
- di aver ricevuto e preso visione del Fascicolo Informativo, del Documento contenente le informazioni chiave (KID) e del Progetto Esemplificativo contenenti gli sviluppi numerici e le Condizioni di Assicurazione relativi alla tariffa da me prescelta.
- di autorizzare la Grazer Wechselseitige Versicherung AG ed i suoi organi a ciò deputati, a raccogliere informazioni sul suo stato di salute, a fare altre indagini, a richiedere tutte le informazioni riguardanti l'eventuale sinistro a singole persone, medici, ospedali, assicuratori, tribunali ed altre autorità, a prendere visione dei relativi documenti, nonché a chiedermi delle copie. A tale riguardo solleva tutti coloro a cui saranno richieste informazioni dall'obbligo di segretezza, anche dopo la sua morte.

Data

\_\_\_\_\_  
Firma del contraente dell'assicurazione

\_\_\_\_\_  
Firma della persona da assicurare

Per visto firme e a conferma che i dati contenuti nella proposta sono stati raccolti sulla base delle dichiarazioni effettuate dal contraente e/o dalla persona assicurata.



**GRAZER WECHSELSEITIGE**  
Versicherung Aktiengesellschaft

Grazer Wechselseitige Versicherung AG – Direzione Commerciale per l'Italia  
Wasagasse 11/10 – A-1090 Wien (Austria) – E-mail: italia@grawe.at  
Tel. +43-1-87.96.357 Fax +43-1-87.96.357-60

Nr. Richiesta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Proponente

Nominativo Proponente: \_\_\_\_\_

Nr. Iscrizione Registro Intermediari del Proponente: \_\_\_\_\_

FAC-SIMILE

FAC-SIMILE

## DICHIARAZIONE FINALE DEL CONTRAENTE-PROPONENTE

1. Solo il Richiedente è responsabile dell'esattezza e della completezza delle dichiarazioni, anche se la scrittura viene effettuata da altre persone.
2. Il Contraente dichiara ai sensi del § 1 comma 2 cifra 4 lettera a) della Legge Austriaca sull'Imposta sulle Assicurazioni (VersStG) di non avere, al momento del pagamento di ciascuna delle rate di premio previste dal contratto, in Austria né la residenza né un domicilio abituale se persona fisica, o che l'assicurazione non si riferisce ad alcuna stabile organizzazione o altro stabilimento permanente in Austria se azienda o società. Il Contraente si impegna inoltre a informare tempestivamente la Compagnia di eventuali variazioni che avvengano in proposito nel corso della durata del contratto di assicurazione.
3. Il Contraente conferma le sue indicazioni effettuate sulla proposta in merito al paese od ai paesi in cui risulta essere fiscalmente residente, così come ad eventuali suoi obblighi fiscali negli Stati Uniti (USA) e si impegna a comunicare alla Compagnia immediatamente eventuali variazioni al proposito. Il Contraente prende inoltre atto che la liquidazione delle prestazioni da parte della Compagnia può avvenire – in conformità alle Condizioni di Assicurazione – solo se vengono fornite alla Compagnia le informazioni e attestazioni, da essa eventualmente richieste, in merito agli obblighi fiscali del Contraente/Beneficiario. Il Contraente dichiara di essere informato che i dati del suo contratto vengono trasmessi alle autorità fiscali, sia nell'ambito degli obblighi nazionali italiani, che in ragione degli obblighi previsti dalla regolamentazione internazionale CRS (Common Reporting Standard).
4. Il Richiedente è obbligato a rispondere in modo corretto e completo alle domande riguardanti il suo stato di salute. Le informazioni incomplete o incorrette impediscono alla Compagnia di valutare correttamente lo stato di salute della persona da assicurare. Nel caso di dichiarazioni incomplete o inesatte la Compagnia ha la facoltà di recedere dal contratto e di negare le prestazioni in caso di sinistro.
5. Se dopo la presentazione della richiesta dovesse verificarsi un aggravio del rischio, il Richiedente è tenuto a informarne immediatamente la compagnia, non appena ha avuto notizia dell'aggravio stesso.
6. La sottoscrizione della presente richiesta non ha immediato effetto di protezione assicurativa. Il contratto di assicurazione è concluso con l'emissione della polizza o di una separata dichiarazione di accettazione. Prima di questo termine non esiste protezione assicurativa. L'inizio della copertura assicurativa dipende inoltre dal pagamento del premio iniziale.
7. Il Richiedente è consapevole che la conclusione del contratto può effettuarsi solo nel rispetto delle Condizioni di Assicurazione attualmente valide della Compagnia, le cui disposizioni costituiscono parte integrante della richiesta. Il Richiedente conferma in particolare di avere ricevuto il testo integrale delle Condizioni di Assicurazione applicabili al suo contratto con il fascicolo precontrattuale che gli è stato consegnato (od inoltrato in via elettronica), in conformità alle disposizioni normative applicabili, prima della sottoscrizione della presente proposta.
8. Richieste, dichiarazioni o chiarimenti da parte del Richiedente, del Contraente dell'assicurazione o dell'Assicurato sono valide solo in forma scritta. La Compagnia viene validamente impegnata solo da atti scritti muniti dell'apposita firma.
9. Esclusivamente la Compagnia ha la facoltà di accogliere le richieste in vista della conclusione, del prolungamento o della modifica di contratti di assicurazione, per le quali devono essere utilizzati gli appositi moduli predisposti dalla Compagnia. L'intermediario assicurativo di cui il Richiedente si avvale per la presentazione della sua richiesta di conclusione di un nuovo contratto o di modifica di uno esistente, è autorizzato esclusivamente a prendere in carico la richiesta stessa utilizzando la modulistica cartacea o gli strumenti informatici che gli sono stati messi a disposizione dalla Compagnia.
10. La Compagnia risponde per il malcomportamento dei suoi organi così come delle altre persone di cui si serve nell'adempimento dei suoi doveri contrattuali solo nel caso di dolo o colpa grave.
11. Il Richiedente si impegna a pagare tutte le spese che insorgono a causa del suo comportamento (per es. spese per emissione bollettini di pagamento, affrancature, spese per solleciti, interessi di mora, ecc.).
12. Per accogliere le richieste o i reclami concernenti il rapporto assicurativo è a disposizione, oltre all'intermediario autorizzato, la competente direzione della Compagnia il cui indirizzo e numero di telefono sono indicati sulla polizza. I reclami possono inoltre essere indirizzati all'organo austriaco competente per la vigilanza sulle assicurazioni: Finanzmarktaufsicht (FMA), Versicherungsaufsicht, Otto-Wagner-Platz 5, A-1090 Wien (Austria).
13. Il premio di perfezionamento può essere pagato con efficacia nei confronti della Grazer Wechselseitige Versicherung AG solo mediante bonifico a favore del conto corrente della Compagnia indicato sulla proposta di assicurazione o, esclusivamente per i contratti a premi ricorrenti, mediante un assegno bancario o circolare intestato a GRAZER WECHSELSEITIGE da allegare alla proposta di assicurazione. I premi successivi possono essere pagati esclusivamente con bonifico a favore del conto corrente bancario della Compagnia o, solo per il caso di premi non superiori ad EUR 6.000 / anno, mediante ordine di addebito diretto in conto (S.D.D.), secondo le modalità specificate sull'apposito modulo con il quale viene conferito il mandato di addebito SEPA Direct Debit.
14. Per il contratto di assicurazione richiesto trova applicazione il diritto contrattuale italiano. L'attività della Compagnia è soggetta, anche per i contratti conclusi con i Contraenti italiani, alla vigilanza degli organi di settore del paese di origine (Austria) in cui la Compagnia ha sede e da cui esercita l'attività verso l'Italia in regime di Libera Prestazione di Servizi.
15. Il Richiedente attesta mediante la sua firma di aver ricevuto una copia della presente richiesta al momento della sua sottoscrizione, e che nessuna clausola accessoria espressa oralmente costituisce parte della presente richiesta.
16. La Compagnia è tenuta ad applicare per la conclusione e l'esecuzione del contratto gli obblighi di diligenza e di adeguata verifica previsti dalle norme comunitarie e nazionali circa la prevenzione del riciclaggio di denaro e del finanziamento al terrorismo (in particolare anche in base alla Legge austriaca sulla prevenzione del riciclaggio di denaro nei mercati finanziari – FM-GwG). Il richiedente prende atto che la Compagnia provvede a tali fini all'elaborazione dei suoi dati personali, e che può fornire tali dati anche alle autorità coinvolte nell'applicazione ed esecuzione di tale normativa.

---

Firma del contraente dell'assicurazione

## **Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016**

Quando segue ha lo scopo di informarla circa il trattamento dei Suoi dati personali nell'ambito del rapporto contrattuale che si instaura con la nostra Compagnia con la stipula del contratto oggetto della Sua richiesta di assicurazione. Tenga presente anche l'informativa pubblicata sul nostro sito Web italiano all'indirizzo: <http://www.grawe.it/InformativaPrivacy.html>, la quale è anche scaricabile quale file pdf con il link: <http://www.grawe.it/allegati/InformativaTrattamentoDati.pdf>.

### **Titolare del trattamento dei Suoi dati personali:**

**Grazer Wechselseitige Versicherung AG**  
Sede e direzione generale: Herrergasse 18-20, 8010 Graz (Austria)  
Direzione commerciale per l'Italia: **Wasagasse 11/10, 1090 Wien (Austria)**  
Tel. +43-1-8796357, Fax +43-1-8796357-60, [italia@grawe.at](mailto:italia@grawe.at)

### **Dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:**

Per qualsiasi domanda circa il trattamento dei suoi dati può contattare via posta il nostro Responsabile della protezione dei dati (Data protection officer – DPO) inviando alla sua attenzione una lettera all'indirizzo sopra riportato od una mail a: [datenschutzbeauftragter@grawe.at](mailto:datenschutzbeauftragter@grawe.at).

### **Categorie dei dati personali, finalità e base giuridica del trattamento**

Noi trattiamo i Suoi dati personali per la stipula ed esecuzione del rapporto assicurativo. L'elaborazione avviene con destinazione vincolata a questi scopi nel rispetto del Regolamento in materia di protezione dei dati personali (GDPR), della legge austriaca sul trattamento dei dati personali (DSG) e di ogni altra norma di legge in proposito rilevante.

Sulla proposta di assicurazione Lei ci indica dati personali sia di Lei che di terzi (come ad esempio di Suoi familiari). Tra questi dati rientrano per esempio il nome, la data di nascita, l'indirizzo, le informazioni circa le condizioni di salute ed i rischi a cui è esposta la persona assicurata, il capitale assicurato, la durata contrattuale, il premio e le coordinate bancarie.

Noi trattiamo i dati indicati sulla proposta di assicurazione per verificare la correttezza della stessa e le condizioni a cui il rischio possa essere assunto. Se il contratto viene concluso, i dati vengono trattati per la gestione amministrativa dello stesso (come emissione della polizza, addebito dei premi), e per poterLa supportare nelle Sue successive esigenze legate al contratto. In caso di sinistro raccogliamo e processiamo inoltre ulteriori indicazioni per poter verificare e stabilire il diritto alla prestazione ed il relativo importo.

Laddove è necessario utilizzare particolari categorie di dati (come le indicazioni circa lo stato di salute), il loro trattamento avviene in conformità al Suo consenso che ci ha rilasciato al momento della presentazione della proposta.

### **Categorie di destinatari ai quali i suoi dati personali potranno essere comunicati**

- Riassicuratori

Per la copertura di determinati rischi lavoriamo in stretta cooperazione con riassicuratori, i quali ci supportano nella verifica di rischi e sinistri. Al riguardo può essere necessario condividere i suoi dati con i riassicuratori per la verifica di rischi e sinistri.

- Intermediari assicurativi indipendenti

Se Lei è cliente di un intermediario assicurativo, questo provvede a raccogliere ed elaborare i Suoi dati personali trasmettendoceli quindi per l'acquisizione del rischio, l'esecuzione del contratto assicurativo e la gestione dei sinistri. Allo stesso modo noi forniamo i Suoi dati personali all'intermediario per consentirgli di gestire la Sua posizione.



- Autorità amministrative, Tribunali ed altri soggetti terzi

Quale Compagnia di assicurazione siamo sottoposti a una stretta regolamentazione ed alla vigilanza pubblica di settore. Nell'ambito di questa è possibile che noi si debba fornire ad un'autorità o ad un tribunale dati personali dei nostri assicurati.

Nell'ambito della gestione di un sinistro è possibile che noi si debba coinvolgere soggetti terzi, come ad esempio medici, ospedali, periti od imprese che regolano sinistri fornendogli dati personali dei nostri assicurati.

### **Necessità del trattamento dei dati**

La fornitura dei Suoi dati personali è necessaria per l'assunzione del rischio, la stipula del rapporto assicurativo con la nostra Compagnia e per liquidare le prestazioni a Lei dovute. Laddove Lei non ci conferisca questi dati, o non li conferisca nella necessaria completezza, può essere che noi non si possa dar corso alla copertura assicurativa da Lei desiderata o che non si possa verificare e/o soddisfare i diritti derivanti da un contratto, cosa che comunque non costituirebbe in questo caso un nostro inadempimento del contratto.

Quando noi si abbia ricevuto ed elaborato dati sulla base del consenso da Lei espresso, Lei può in ogni momento revocare questo consenso, con la conseguenza che dal momento in cui la Sua revoca ci sia pervenuta non si può più utilizzare i dati per gli scopi indicati nel consenso stesso.

### **Conservazione dei dati**

Di principio registriamo i Suoi dati per la durata del rapporto assicurativo. Siamo inoltre tenuti a rispettare i termini di conservazione prescritti dalla legge, in base ai quali conserviamo i Suoi dati, così come quelli degli altri soggetti coinvolti nel contratto assicurativo o nel sinistro, anche oltre la cessazione del rapporto assicurativo o la definitiva chiusura del sinistro. Noi conserviamo i Suoi dati fintantoché sia possibile far valere diritti dal rapporto assicurativo con la nostra Compagnia.

### **I Suoi diritti**

Lei può richiedere informazioni in merito ai dati registrati circa la Sua persona. Laddove noi si stia trattando dati a Lei relativi, che siano inesatti od incompleti, Lei può chiederne la rettifica od integrazione. Lei può inoltre richiedere la cancellazione di dati trattati non conformemente alle norme vigenti. Se non è chiaro se i Suoi dati siano inesatti od incompleti, o se questi stiano venendo trattati non conformemente alle norme vigenti, Lei ha diritto di richiedere l'interruzione del loro trattamento finché queste domande non siano state chiarite.

Anche se i Suoi dati sono esatti e completi e stanno venendo trattati in conformità alle norme vigenti, Lei può in particolari casi, che da Lei devono essere opportunamente motivati, proporre ricorso contro il loro trattamento. Allo stesso modo Lei può richiedere di non ricevere più da parte nostra offerte in forma di marketing diretto.

Lei può richiedere di ricevere i dati a disposizione in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da un dispositivo automatico.

### **Diritto di proporre un reclamo**

Anche se noi facciamo tutto il possibile per garantire l'integrità dei Suoi dati, non può essere escluso che emergano divergenze di opinione circa il modo in cui i Suoi dati vengono trattati. Laddove Lei ritenga che i Suoi dati non vengano trattati conformemente alle norme, ha la possibilità di rivolgere un reclamo all'autorità austriaca per la protezione dei dati personali, quale ente di vigilanza.



## CONSENSO PER FINI ASSICURATIVI AL TRATTAMENTO DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI

Preso atto dell'informativa di cui agli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 2017/679 riportata nel presente documento, di cui confermo di aver ricevuto un'esemplare, manifesto specifico consenso, ai sensi ed agli effetti degli articoli 7 e 9 del Regolamento UE 2017/679, al trattamento dei miei dati personali comuni e sensibili, per le finalità assicurative precisate nell'informativa in oggetto.

Prendo atto che senza questo consenso la Compagnia non potrà stipulare il contratto di assicurazione da me richiesto.

**Prendo atto che senza questo consenso la Compagnia non potrà stipulare il contratto di assicurazione da me richiesto.**

**Il Contraente**

\_\_\_\_\_

**La persona assicurata**

(se diversa dal Contraente)

\_\_\_\_\_

inoltre  acconsento  non acconsento

al trattamento dei miei dati comuni da parte della Compagnia o di altre società del Gruppo, per iniziative di informazione o promozione commerciale di propri prodotti e servizi e per rilevazioni sulla qualità del servizio e dei bisogni della clientela, secondo le modalità dell'Informativa, acconsentendo che la Compagnia a questo fine possa trasmettere i miei dati anche agli Intermediari Assicurativi che con Lei collaborano per la gestione delle esigenze dei propri assicurati. **Questo consenso è facoltativo.**

**Il Contraente**

\_\_\_\_\_

**La persona assicurata**

(se diversa dal Contraente)

\_\_\_\_\_