

POLIZZA AD ADESIONE STIPULATA TRA LA COMPAGNIA ASSICURATIVA CATTOLICA E ASSOCIAZIONI ADERENTI AL C.T.S. delle D.B.N. di REGIONE LOMBARDIA

MODULO DI ADESIONE

ASSOCIAZIONE DI APPARTENENZA

--

PROPONENTE

CODICE FISCALE

--

--

INDIRIZZO

C.A.P.

LOCALITA'

PROVINCIA

--

--

--

--

TELEFONO/CELL.

FAX

E-MAIL

--

--

--

INIZIO GARANZIA DALLE ORE 24 DEL _____ FINO ALLE ORE 24 DEL _____

Con la presente il sottoscritto assicurato richiede espressamente di poter utilizzare la posta elettronica per la trasmissione della documentazione riguardante il contratto sopra citato. Al riguardo l'assicurato dichiara di aver esaminato prima della sottoscrizione del presente modulo di adesione, quanto riportato nel fascicolo informativo contenente la nota informativa comprensiva del glossario, le condizioni assicurative e l'informativa all'assicurato per il trattamento dei dati personali e di averle lette ed accettate in ogni loro parte. Il sottoscritto assicurato è informato che il Contraente non è responsabile riguardo le attività da lui svolte.

IL PROPONENTE _____

Il sottoscritto assicurato ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recanti disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati, anche all'estero compresi paesi extra UE, nel rispetto della normativa sopra richiamata, degli obblighi di riservatezza e delle finalità preposte.

IL PROPONENTE _____

Accenso **Non accenso** al trattamento dei miei dati personali per l'invio tramite email di comunicazioni informative e promozionali, nonché newsletter, con frequenza saltuaria da parte di Assibri S.r.l.
I predetti dati saranno conservati per i due anni successivi all'ultimo rinnovo dell'adesione durante i quali Assibri S.r.l. proseguirà le proprie campagne marketing. Si rende disponibile tramite richiesta al RPD il modulo prestampato per richiedere il diritto all'oblio dei dati personali secondo l'Art. 17 del Regolamento UE n. 2016/679.

LUOGO E DATA

FIRMA
