

**MODULO AUTOCERTIFICAZIONE
per pagamento a cura di terzi**

FAMILIARE	<p>Il sottoscritto (Cognome e Nome) _____</p> <p>Effettua il pagamento in qualità di (rapporto di parentela): <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Figlio/a</p> <p><i>Estremi del documento di identità (in corso di validità):</i></p> <p><input type="checkbox"/> Carta di identità n° _____ <input type="checkbox"/> Patente di guida n° _____</p> <p><input type="checkbox"/> Passaporto n° _____ <input type="checkbox"/> Altro (da specificare) _____</p> <p>Rilasciato da _____ in data _____ scadente il _____</p> <p align="right">Firma Familiare _____</p>																											
TERZO ESTRANEO	<p>Il sottoscritto Contraente (Cognome e Nome o Ragione Sociale) _____</p> <p>Codice fiscale / P.iva _____</p> <p>Delega al pagamento il sig./sig.ra (Cognome e Nome o Ragione Sociale) _____</p> <p><i>Estremi del documento di identità (in corso di validità) del delegato:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Carta di identità n° _____ <input type="checkbox"/> Patente di guida n° _____</p> <p><input type="checkbox"/> Passaporto n° _____ <input type="checkbox"/> Altro (da specificare) _____</p> <p>Rilasciato da _____ in data _____ scadente il _____</p> <p align="right">Il Delegante _____</p>																											
DISTINTA PAGAMENTO	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">n°polizza</th> <th style="width: 33%;">Data scadenza</th> <th style="width: 33%;">Importo €</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td align="right">Totale</td> </tr> </tbody> </table> <p><i>Tipo assegno: "NON TRASFERIBILE" e sempre a firma del Delegante se pagamento effettuato da terzo estraneo</i></p> <p align="center"><input type="checkbox"/> bancario <input type="checkbox"/> circolare totale € _____</p> <p>n° assegno _____ data _____ tratto su _____</p>	n°polizza	Data scadenza	Importo €																								Totale
n°polizza	Data scadenza	Importo €																										
		Totale																										

Intermediario:

Indirizzo:

Sede: Iscrizione RUI:

Contraente/Delegato
al pagamento premi:

Codice Fiscale o Data
e Luogo di nascita:

Telefono Cellulare: Indirizzo E-mail:

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi del D. Lgs. 196/2003, Le comunichiamo quanto segue:

• Finalità del trattamento

1. I dati personali sono trattati dall'intermediario per lo svolgimento di attività di informazione commerciale e promozione presso la clientela di prodotti o servizi assicurativi di Suo interesse;

2. I dati personali possono essere comunicati, per le medesime finalità di cui al punto precedente, ad altri soggetti del settore assicurativo/finanziario con i quali l'intermediario intrattiene o intratterrà rapporti di reciproca collaborazione, quali a titolo esemplificativo: imprese di assicurazione, coassicurazione e riassicurazione, agenti, sub agenti, produttori, ecc..

• Modalità di trattamento dei dati

In relazione alle suddette finalità, il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente collegate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

Il conferimento di tali dati è facoltativo ed un eventuale mancato consenso da parte della clientela ai trattamenti sopra indicati non pregiudicherà l'esecuzione delle polizze assicurative stipulate.

• Fonte e natura dei dati personali

I dati personali trattati dall'intermediario sono esclusivamente quelli forniti dai soggetti delegati al pagamento dei premi in nome e per conto dei contraenti; resta in ogni caso escluso qualsiasi trattamento per fini sopra indicati di dati sensibili.

I dati personali dei soggetti delegati al pagamento del premio non verranno in nessun caso diffusi.

Il titolare e responsabile del trattamento dei dati personali è l'intermediario intestatario del presente modulo.

• Diritti dell'interessato

Lei potrà esercitare, in relazione al trattamento dei dati, i diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs. 196/2003: conoscere l'esistenza o meno di propri dati personali, l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità del trattamento; ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; l'aggiornamento, la rettifica o l'integrazione dei dati; opporsi al trattamento dei dati.

CONSENSO DEL CLIENTE/DELEGATO

Preso atto dell'informativa sopra riportata e delle finalità dei trattamenti dei miei dati personali da parte della Vostra agenzia:

Consento non consento, il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 1 dell'informativa (attività di informazione commerciale e/o promozione da parte dell'agenzia);

Consento non consento, il trattamento dei dati per le finalità indicate al punto 2 dell'informativa (comunicazione dei dati a terzi operanti nel settore assicurativo/finanziario);

Data _____

Firma del Cliente o Soggetto Delegato al pagamento premi _____