



**QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO**  
**(DA COMPILARE PER CAPITALI FINO A 200.000 €)**

**Polizza Collettiva n° 020000155**

**ASSICURANDO:** \_\_\_\_\_  
*Nome Cognome e codice fiscale*

**DICHIARAZIONI DELL'ASSICURANDO**

- A. Attualmente è titolare di una pensione di inabilità o invalidità parziale/totale per infortunio/malattia o ne ha fatto richiesta?
- B. E' in attesa di ricevere il riconoscimento della pensione/di assegno di invalidità/inabilità?
- C. La differenza tra la Sua altezza (in cm) ed il Suo peso (in Kg) è inferiore a 90 o superiore a 120?

**DICHIARAZIONI SANITARIE DELL'ASSICURANDO**

1. Ha **mai** sofferto di qualsiasi tipo di tumore maligno, cancro, neoplasia, atipia, leucemia, linfomi, mielomi?
2. Ha ricevuto, negli ultimi 5 anni, una diagnosi/prescrizione di esami, cure, trattamenti, subito interventi chirurgici, ricoveri o assume o ha assunto farmaci, in merito alle seguenti malattie?
- 2.1 MALATTIE CARDIO – VASCOLARI**  
**Quali** : ipertensione arteriosa grave (con valori pressori elevati nonostante il trattamento), angina, aritmia, chirurgia cardiovascolare, cardiopatia ischemica e/o ipertensiva, cardiomiopatie, scompenso cardiaco, infarto, valvulopatie gravi con stenosi e/o insufficienza grave, embolia polmonare, trombosi profonda, trapianto,, aneurismi, emorragia cerebrale.
- 2.2. MALATTIE NEUROLOGICHE**  
**Quali**: morbo di Parkinson, malattia del motoneurone, miastenia grave, sclerosi multipla, malattie demielinizzanti in genere, distrofie muscolari, epilessia non controllata dalla terapia, morbo di Alzheimer o altre demenze, corea di Huntington, meningioma, tumori benigni del cervello, ictus, vasculopatia cerebrale, TIA (attacco ischemico transitorio)
- 2.3. MALATTIE DELLA PSICHE**  
**Quali** : disturbi della personalità, depressione grave in trattamento farmacologico continuo, sindrome bipolare e psicosi, schizofrenia.
- 2.4. MALATTIE DELL'APPARATO RESPIRATORIO**  
**Quali** : broncopneumopatia cronica ostruttiva, asma bronchiale cronica in terapia continuativa o che abbia comportato ricoveri, enfisema, sarcoidosi, asportazione polmone anche solo parziale, ipertensione polmonare, asbestosi, silicosi, fibrosi cistica, trapianto polmonare.
- 2.5. MALATTIE DEL SISTEMA MUSCOLOSCHIELETRICO**  
**Quali** : lupus eritematoso sistemico, poliartrite nodosa, porpora, sclerodermia, artrite reumatoide, artrite psoriasica, connettiviti sistemiche, fibromialgia.
- 2.6. MALATTIA DELL'APPARATO GASTROINTESTINALE**  
**Quali**: esofago di Barrett, morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa, epatite acuta o cronica, cirrosi epatica o epatopatia alcolica, fegato policistico, pancreatite cronica o acuta.
- 2.7. MALATTIE DELL'APPARATO URO-GENITALE**  
**Quali** : insufficienza renale acuta o cronica, rene policistico, malattia renale richiedente dialisi, glomerulonefrite.

## QUESTIONARIO MEDICO SEMPLIFICATO

Polizza Collettiva n° 020000155

ASSICURANDO: \_\_\_\_\_  
*Nome Cognome e codice fiscale*

### 2.8. MALATTIE ENDOCRINE E METABOLOCHE

**Quali:** diabete, adenoma ipofisario con necessità di terapia continuativa, iper o ipoparatiroidismo non compensato dalla terapia farmacologica, adenoma surrenalico.

SI  NO

### 2.9. MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO

**Quali:** glaucoma bilaterale con riduzione visus, nevrite ottica retrobulbare, edema papillare, retinopatia pigmentosa/diabetica e/o ipertensiva, neurinoma, maculopatia degenerativa.

SI  NO

### 2.10. MALATTIE DEL SANGUE, DEL SISTEMA IMMUNITARIO E INFETTIVE

**Quali:** talassemia major, anemia aplastica o sferocitica o autoimmune, policitemia vera, trombocitemia essenziale o idiopatica, mielodisplasia, mielofibrosi, gammopatia monoclonale grave, amiloidosi, ipersplenismo, emofilie, sieropositività per virus HIV, tubercolosi, osteomieliti.

SI  NO

3. Attualmente Lei sta svolgendo esami clinici per l'accertamento di una delle suddette Malattie e/o ne sta attendendo gli esiti?

SI  NO

4. E' stato o è affetto da etilismo?

SI  NO

### AVVERTENZE:

In relazione a quanto sopra indicato, il sottoscritto Assicurando, ritenendosi consapevole del fatto che:

- a) eventuali dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa ai sensi degli artt. 1892,1893 e 1894 del Codice Civile;
- b) prima della sottoscrizione, deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel presente Questionario;
- c) per certificare il proprio ed effettivo stato di salute, può richiedere anche di essere sottoposto a visita medica, prendendo atto che il costo di tale visita sarà interamente a suo carico e può variare a seconda della struttura sanitaria prescelta dall'Assicurando,

## DICHIARA

che le risposte sopra fornite ai relativi quesiti sanitari sono esatte e veritiere e di riconoscere come tali informazioni siano elementi fondamentali per la corretta valutazione del rischio da parte della Società ai fini della conclusione del relativo contratto di assicurazione.

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'Assicurando \_\_\_\_\_

**QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA E LA VERIFICA DELLE CONDIZIONI DI  
ASSICURABILITA' DEL CONTRATTO  
(ai sensi Reg. IVASS n.5/2006 – art. 52 )**

**ARIEL  
POLIZZA COLLETTIVA N. 020000155**

**Intermediario  
Iside Broker Insurance Srl**

**Dichiarante**

**Cognome e Nome**

**Codice Fiscale**

**Domicilio**

Gentile Cliente,

il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere in base alle Sue esigenze e di verificare la sussistenza delle condizioni per poterLa assicurare. A tal riguardo facciamo presente che la mancanza di tali informazioni potrebbe ostacolare la corretta valutazione. Qualora Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste" sotto riportata.

**1. Informazione sull'Assicurando**

In quale fascia d'età si colloca?

- dai 18 ai 35 anni
- dai 36 ai 45 anni
- dai 46 ai 60 anni
- oltre i 60 anni

**2. Informazioni sul nucleo familiare**

Quale è il suo Stato Civile?

- Convivente/Sposato senza figli
- Convivente/Sposato con figli
- Nubile/Celibe
- Altro
- Non risponde

**3. Informazioni sulle persone da tutelare**

Lei ha eventuali altri soggetti che potrebbero beneficiare della garanzia Decesso offerta dalla Polizza? (altri carichi familiari o altri soggetti)?

- SI
- NO
- Non risponde

**4. Informazioni sull'attuale situazione assicurativa.**

La Polizza offerta è cumulabile con altre polizze eventualmente in essere. Attualmente possiede altri prodotti assicurativi (escludendo polizze RC)?

- Risparmio/Investimento
- Previdenza/pensione complementare
- Assicurazioni di rischio (morte, invalidità permanente, malattie gravi, infortuni)
- Nessuna copertura assicurativa
- Non risponde

**5. Informazioni sulla attuale situazione finanziaria**

**5.a** Quale è la sua capacità di risparmio medio annuo?

- Fino a 5.000 Euro
- Da 5 a 15.000 Euro
- Oltre 15.000 Euro
- Non risponde

**5.b** Quale è l'andamento della sua capacità economica?

- In crescita
- Stazionaria
- In diminuzione
- Non risponde

**6. Quale è attualmente lo stato occupazionale dell'Assicurando**

- Occupato nel settore Privato con contratto di Lavoro Dipendente con più di 16 ore lavorative settimanali (incluso Apprendista e Interinale)
- Occupato nel settore Privato con contratto di Lavoro Dipendente con meno di 16 ore lavorative settimanali
- Occupato in una Impresa Familiare con contratto di lavoro Dipendente.
- Occupato nel settore Pubblico
- Autonomo/libero professionista
- Pensionato
- Occupato con contratto di lavoro di collaborazione, a progetto, di stage, di Tirocinio o altro rapporto di lavoro non subordinato (non dipendente)
- Non occupato
- Non risponde

**7. Informazioni sulla disponibilità di spesa**

Il premio di polizza rispetta la sua disponibilità di spesa?

- SI
- NO
- Non risponde

**8. Informazioni sulle aspettative in relazione al contratto**

**8.a** E' consapevole che l'adesione al prodotto assicurativo a Lei proposto è facoltativa?

- SI
- NO

**8.b** In caso di sinistro le verrà corrisposto un indennizzo mensile o un indennizzo pari ad un capitale assicurato, a seconda del tipo di copertura attivata e delle condizioni di assicurazione:

Questa condizione corrisponde al tipo di prestazione che Lei si attende da un prodotto di protezione del reddito?

- SI
- NO
- Non risponde

**8.c** La Polizza offerta può prevedere la protezione assicurativa di un rischio riguardante la persona (morte, infortunio, malattia):

Questa condizione corrisponde al tipo di prestazione che Lei si attende?

- SI
- NO
- Non risponde

**8.d** La Polizza offerta può prevedere la protezione assicurativa di un rischio riguardante il patrimonio:

Questa condizione corrisponde al tipo di prestazione che Lei si attende?

- SI
- NO
- Non risponde

**8.d** La Polizza offerta può prevedere la protezione assicurativa di un rischio riguardante il patrimonio:

Questa condizione corrisponde al tipo di prestazione che Lei si attende?

- SI
- NO
- Non risponde

**8.e** Nell'ambito della Polizza offerta sono coperte esclusivamente le conseguenze di infortuni e malattie verificatesi o sorte dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione:

Questa condizione può ritenersi ragionevolmente compatibile con le sue aspettative/esigenze di tutela?

- SI
- NO

**8.f** La Polizza offerta prevede alcune esclusioni e/o limitazioni e periodi massimi di erogazione delle prestazioni per alcune coperture:

Questa condizione può ritenersi ragionevolmente compatibile con le sue aspettative/esigenze di tutela?

- SI
- NO
- Non risponde

**8.g** La Polizza offerta prevede periodi di carenza e/o di franchigie per alcune coperture:

Questa condizione può ritenersi ragionevolmente compatibile con le sue aspettative/esigenze di tutela?

- SI
- NO
- Non risponde

**8.h** La Polizza offerta ha una durata pluriennale

Questa condizione corrisponde al tipo di tutela che Lei si attende?

- SI
- NO
- Non risponde

**DICHIARAZIONE A**

Il Sottoscritto dichiara di aver risposto in modo completo e veritiero al questionario per la valutazione dell'adeguatezza del contratto, assumendosene ogni responsabilità conseguente, nonché di aver preso atto delle condizioni di assicurabilità descritte in polizza ed illustrate dall'Intermediario, di cui ha confermato la sussistenza

Data : \_\_\_\_\_

Firma del Dichiarante

\_\_\_\_\_

**Esito della valutazione dell'adeguatezza**

Analizzate le risposte date ai quesiti sopra riportati, la polizza risulta **ADEGUATA** alle esigenze del cliente.

Data : \_\_\_\_\_

Firma dell'Intermediario

\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE B**  
**di rifiuto di fornire le informazioni richieste**

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la completa valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

A tal riguardo il Sottoscritto dichiara di voler sottoscrivere la proposta assicurativa in quanto adeguata alle sole informazioni fornite.

**Data :** \_\_\_\_\_

**Firma del Dichiarante**

|\_\_\_\_\_|

**DICHIARAZIONE C**  
**di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

Il Sottoscritto Intermediario ha informato il dichiarante dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative.

Motivi di possibile inadeguatezza: .....

.....

A tal riguardo il Sottoscritto dichiara di voler sottoscrivere la proposta assicurativa in quanto non presenta i motivi di inadeguatezza risultanti dalle informazioni rese.

**Data :** \_\_\_\_\_

**Firma del Dichiarante**

|\_\_\_\_\_|

**Firma dell'Intermediario**

|\_\_\_\_\_|

**MITTENTE:**

Nome:

Cognome:

Indirizzo:

Città:

Cap:

Tel:

Spett.le

**ISIDE BROKER INSURANCE S.R.L.**

Via Asiago, 27

22063 Cantù (CO)

Milano, \_\_\_\_\_

**Oggetto: INCARICO DI BROKERAGGIO E CONSULENZA ASSICURATIVA**

Preso atto che la Vostra Società è iscritta alla Sezione B del Registro Unico Intermediari di Assicurazione (D. Lgs. N. 209/2005) al numero B000401343, con la presente Vi conferiamo l'incarico, in via esclusiva, di assisterci nella formulazione dei nostri programmi assicurativi e di curare l'intermediazione delle nostre polizze sul mercato, assistendoci nella relativa conclusione, nonché nel loro eventuale rinnovo o modifica, il tutto in conformità degli accordi che di volta in volta interverranno con noi.

Nell'ambito dell'incarico di cui sopra, Voi ci assisterete altresì, fornendoci la necessaria consulenza, nella fase esecutiva dei contratti assicurativi, curando nel nostro interesse e per nostro conto la gestione dei rapporti con le compagnie anche con riguardo ad eventuali sinistri.

Vi preghiamo di voler comunicare alle compagnie il conferimento del presente incarico, autorizzandoVi, se dalle stesse richiesto, a consegnarne loro copia, al fine di abilitarVi ad interloquire con le stesse con riferimento agli adempimenti che ci riguardano ed alle esigenze delle nostre polizze.

Resta a noi riservata la sottoscrizione delle polizze assicurative, nonché delle comunicazioni di disdetta o di recesso relativamente alle polizze stesse, nonché l'accettazione delle proposte di liquidazione di eventuali sinistri.

Ai fini assicurativi oggetto del presente incarico eleggiamo domicilio presso i Vostri uffici, impegnandoci ad informarVi immediatamente di QUALUNQUE INIZIATIVA CHE LE COMPAGNIE ASSICURATRICI ASSUMESSERO DIRETTAMENTE NEI NOSTRI CONFRONTI ed impegnandoci sin d'ora a renderVi PUNTUALMENTE DISPONIBILI, nel rispetto dei termini contrattualmente previsti, GLI IMPORTI CORRISPONDENTI AI PREMI DELLE POLIZZE da Voi intermedate nel nostro interesse e da noi accettate.

Il presente incarico resterà in vigore per l'intera durata delle coperture eventualmente sottoscritte con decorrenza dal \_\_\_\_\_ ed in nessun caso si intenderà tacitamente rinnovato mentre potrà essere revocato anticipatamente da entrambe le parti dandone comunicazione scritta a mezzo raccomandata A/R.

Siamo altresì consapevoli che, a fronte delle prestazioni da Voi svolte ovvero che si svolgeranno durante il periodo di validità del presente incarico, potrebbero essere da Voi richiesti eventuali oneri di brokeraggio che siamo disposti a corrispondere anticipatamente, in un'unica soluzione, alla sottoscrizione delle polizze da Voi intermedate e da noi accettate.

La presente annulla e/o sostituisce ogni altro precedente mandato.

Distinti saluti

**firma (leggibile) del Contraente**

**INFORMATIVA**

(Ai sensi della D.Lgs 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali)

**Gentile**

l'01.01.2004 è entrato in vigore il D.Lgs 196/2003 che disciplina la materia della tutela dei dati personali: ai sensi dell'art.13 di tale Codice, il Broker, in qualità di "titolare" del trattamento, è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

Le precisiamo anzitutto che alcuni dati personali, cioè dati anagrafici, codice fiscale o Partita IVA, estremi dei documenti di identificazione, devono in ogni caso essere acquisiti dal Broker per adempiere le attività economiche o professionali, o possono dal Broker essere richiesti in relazione al tipo di contratto da stipulare con il cliente.

I dati personali non sono soggetti a diffusione ma potranno essere soggetti, per l'espletamento delle attività, di cui al successivo punto a), a comunicazione ad altri rappresentanti del settore assicurativo: compagnie, agenti, coassicuratori, riassicuratori, periti, consulenti, legali, IVASS, Ministero delle Attività Produttive. I dati potranno esser e anche trasferiti fuori del territorio italiano, limitatamente a Paesi aderenti alla UE.

**Fonte di acquisizione dei dati personali**

I dati personali vengono di regola raccolti dal Broker direttamente presso la clientela. In alcuni casi i dati possono essere raccolti presso terzi, come ad esempio a seguito di operazioni disposte da altri oggetti a credito o debito del cliente, oppure nel caso in cui il Broker acquisisca dati da soggetti esterni a fini di informazione commerciale. In quest'ultimo caso (acquisizione di dati a fini di informazione commerciale), sarà fornita all'interessato un'informativa ai sensi dell'art.13 comma 4 del D.Lgs 196/2003.

I dati vengono trattati nel rispetto della normativa vigente e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata l'attività della nostra Società di Brokeraggio Assicurativo. Tutte le informazioni saranno protette e controllate tramite appropriate misure di sicurezza.

**Dati "sensibili"**

Le precisiamo che la nostra Società di Brokeraggio Assicurativo di norma non richiede ai propri clienti l'indicazione di dati definiti dal Codice sulla Privacy "sensibili".

Può accadere tuttavia che in relazione a specifiche operazioni o prodotti richiesti dal cliente (ad esempio accensione di polizze assicurative sulle persone: vita temporanee caso morte, polizze infortuni, polizze malattia, e/o spese mediche etc.) il Broker ottenga dal cliente alcuni dati "sensibili", perché da essi possono desumersi informazioni sul suo stato di salute etc. e l'eventuale adesione del cliente a contratti assicurativi e specifici con compagnie assicurative.

Per il trattamento di tali dati la legge richiede una specifica approvazione, che troverà nella dichiarazione di consenso allegata.

**Finalità del trattamento cui sono destinati i dati**

I dati personali sono utilizzati nell'ambito della normale attività del Broker secondo le seguenti finalità:

- a) Il trattamento dei dati personali sensibili a Voi riferiti, strettamente connessi e strumentali alla gestione dei rapporti con la clientela (ad esempio acquisizione di informazioni preliminari alla conclusione di un contratto, esecuzione di operazioni sulla base degli obblighi derivanti dal contratto concluso con la clientela, ecc.), è diretto esclusivamente all'espletamento dell'attività di cui alla Legge 792/84, consistente nella mediazione con imprese di assicurazione o riassicurazione svolta nel Vostro interesse ed a seguito di Vostro incarico.
- b) Finalità connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti e dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate e da organi di vigilanza e controllo (normativa sull'antiriciclaggio, disposizioni dell'Isvap, ecc.)
- c) Finalità funzionali allo sviluppo dell'attività del Broker per le quali l'interessato ha facoltà di manifestare o meno il consenso. Rientrano in questa categoria le seguenti attività:
  - c.1 Inviare alla clientela informazioni o materiale pubblicitario riguardante prodotti o servizi del Broker o di compagnie assicurative;
  - c.2 Inviare informazioni o materiale pubblicitario relativo a prodotti o servizi di terzi, con i quali il Broker abbia stipulato accordi commerciali da proporre alla propria clientela;
  - c.3 Verificare il livello di soddisfazione della clientela sui prodotti ed i servizi del Broker anche attraverso società di ricerche di mercato.

**Modalità di trattamento dei dati**

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

**Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati**

Per lo svolgimento della sua attività, il Broker come tutte le imprese, si rivolge anche a:

- 1) Società esterne che svolgono attività strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti tra Broker e cliente; il trattamento dati effettuato da tali società ha le seguenti finalità:
  - Effettuare lavorazioni necessarie all'esecuzione di disposizioni ricevute dalla clientela;
  - Gestire reti informatiche per consentire l'esecuzione di operazioni o servizi richiesti dal cliente, quali servizi di pagamento, servizi di esattoria e trasferimento dati, ecc.;
  - Consentire il controllo delle frodi, il recupero crediti e la rilevazione dei rischi creditizi e di insolvenza;
  - Stampare, imbastare e consegnare le comunicazioni alla clientela

**Ne consegue che, senza il consenso dell'interessato alla comunicazione dei dati alle suddette società ed ai correlati trattamenti, il Broker potrà dare corso solo a quelle operazioni e servizi che non richiedono la comunicazione di dati personali a terzi, vale a dire trasmissione di avvisi di scadenza, consulenza assicurativa, trasmissione quietanze sinistri.**

- 2) Società esterne che svolgono attività funzionali a quella del Broker, il trattamento dati effettuato da tali società ha le seguenti finalità:
  - Effettuare per conto del Broker ricerche di mercato su campioni rappresentativi della clientela, utilizzando i dati soltanto dopo aver ricevuto dal cliente stesso un'autorizzazione scritta o telefonica in occasione di richieste di collaborazione specifiche (ad esempio questionari, ecc.);
  - Distribuire alla clientela del Broker comunicazioni, informazioni, materiale pubblicitario; riguardante prodotti o servizi del Broker o di altre società con le quali il Broker abbia concluso accordi commerciali; Circolari tecniche informative riguardanti la materia informativa e la prevenzione dei rischi.

Il cliente ha la facoltà di non prestare il consenso al Broker per questi tipi di comunicazione di dati personali e per i trattamenti correlati, barrando le apposite caselle nell'allegata dichiarazione di consenso.

**Diritti previsti dall'art. 7 del D.Lgs 196/2003**

Per consentire a Iside Broker Insurance S.r.l. di mantenere l'accuratezza dei dati forniti, è opportuno da parte dell'Interessato comunicare eventuali cambiamenti.

Informiamo, infine, che l'art. 7 della legge citata conferisce ai cittadini l'esercizio di specifici diritti. In particolare, l'interessato può ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e che tali dati vengano messi a sua disposizione in forma intelligibile. L'interessato può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

Per ottenere ulteriori informazioni in ordine al trattamento ed alla comunicazione dei Suoi dati personali, potrà rivolgersi al seguente indirizzo: **ISIDE BROKER INSURANCE S.R.L., Via Asiago, 27 Cantù (CO) – [ Tel. 0331/926042 ]**

Agli effetti del D.Lgs 196/2003:

- Titolare del trattamento è la *Iside Broker Insurance S.r.l.* Via Asiago, 27 Cantù (CO);
- Responsabile del trattamento è l'Amministratore Unico domiciliato per la carica presso la Iside Broker Insurance Srl.

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

(Ai sensi del D.Lgs 196/2003 Codice in materia di protezione dei dati personali)

In relazione alla informativa che ci è stata fornita ai sensi del D.Lgs 196/2003, prendiamo atto che l'esecuzione di tutte le operazioni di consulenza e Brokeraggio Assicurativo – salvo quelle sottolineate a pag.1 – richiede la comunicazione dei nostri dati personali ed il correlato trattamento, alle società appartenenti alle categorie di seguito specificate:

- società che svolgono servizi Assicurativi di professionisti in genere: Avvocati, Periti Assicurativi, Risks Managers, società di stime patrimoniali, loss adjusters ecc.;
- società che gestiscono reti informatiche;
- società che effettuano l'acquisizione, la registrazione ed il trattamento di dati contenuti in documenti o supporti forniti al Broker dai clienti, per svolgere testi e capitolati assicurativi, convenzioni, ecc.;
- società che svolgono attività di trasmissione, stampa, imbastamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela;
- società interbancarie che rilevano i rischi creditizi e di insolvenza, nonché società di gestione di sistemi nazionali ed internazionali per il controllo delle frodi e ricerche commerciali;
- società di recupero crediti.

Tali società svolgono attività strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti tra Broker e clientela. Pertanto:

Do il consenso

Nego il consenso

alle predette comunicazioni ed al correlato trattamento. Sono ben consapevole che, in mancanza del mio consenso, il Broker si troverà a non poter dar corso alle operazioni e servizi, salvo quelle sottolineate a pag.1.

*Manifestazione di consenso per le attività funzionali allo sviluppo dell'attività del broker indicate nell'informativa punto c).*

c.1	Do il consenso	<input type="checkbox"/>	Nego il consenso	<input type="checkbox"/>
c.2	Do il consenso	<input type="checkbox"/>	Nego il consenso	<input type="checkbox"/>
c.3	Do il consenso	<input type="checkbox"/>	Nego il consenso	<input type="checkbox"/>

**Luogo e data**

**firma (leggibile) del Contraente**

**Dati sensibili**

per quanto riguarda infine il trattamento di dati "sensibili", **eventualmente acquisiti** dal Broker per l'esecuzione delle operazioni dei contratti indicati a pag.1 dell'informativa (ad esempio, dati relativi alla salute), sempre nei limiti in cui esso sia strumentale alla specifica finalità perseguita dall'operazione o dai servizi da me richiesti

Do il consenso

Nego il consenso

**Luogo e data**

**firma (leggibile) del Contraente**



Ricevuta del contraente, relativa alla consegna della documentazione precontrattuale

**DA RESTITUIRE COMPILATO, TIMBRATO E SOTTOSCRITTO**

**Spett.le**

**ISIDE BROKER INSURANCE S.R.L.**

Via Asiago, 27

22063 Cantù (CO)

**Dati anagrafici del contraente che rilascia la dichiarazione**

Cognome e Nome:

Data di Nascita:

Comune di Nascita:

Provincia  
Nascita:

Codice Fiscale:

**Residenza**

Indirizzo:

Località:

CAP:

Provincia:

**Estremi della polizza o dell'appendice a cui si riferisce la dichiarazione**

Compagnia: **CNP Assurances/CNP Caution** Prodotto: **ARIEL**

N. Polizza: **020000155**

Decorrenza:

Descrizione della copertura:

**DICHIARA:**

di aver ricevuto:

- in ottemperanza all'art.49 comma 3 del Regol. ISVAP n. 5 del 16/10/2006 di aver ricevuto il Modello Unico di Informativa Precontrattuale - Sezioni A e B ( ex modello 7A e 7B );
- documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti

**Luogo e data**

**firma (leggibile) dell'Intermediario**

**firma (leggibile) del Contraente**