

DICHIARAZIONI AI FINI DELLA STIPULAZIONE DELLA POLIZZA:

Il sottoscritto dichiara:

di aver ricevuto ed esaminato, prima della conclusione del presente contratto di assicurazione, copia del Set Informativo (composto da DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni di assicurazione con glossario, modulo di proposta se previsto), in conformità con il Regolamento IVASS n. 41/2018 e l'art. 185 del Codice delle Assicurazioni private; l'Allegato 3 (Informativa sul distributore); Allegato 4 (Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP) e Allegato 4 ter se previsto (Elenco delle regole di comportamento del distributore in caso di offerta fuori sede o vendita a distanza) di cui al Regolamento IVASS 40/2018 come modificato dal Provvedimento 97/2020; Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003, come modificata dalla normativa attuativa del Regolamento (UE) GDPR

ai sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, il sottoscritto risponde come segue alle domande a) e b) sotto riportate:

a) Sono state stipulate altre polizze ancora attive per la copertura Rc patrimoniale verso Terzi e Responsabilità amministrativa ed amministrativa-contabile, oggetto di questo questionario?

SI / NO

Se "SI" pregasi specificare nello spazio sottostante il nome dell'Assicuratore in corso e la data di scadenza

b) Sono mai state annullate o rifiutate coperture assicurative per questo tipo di rischio?

SI / NO

Se "SI" pregasi dettagliare nello spazio sottostante le ragioni dell'annullamento:

Luogo e Data

Contraente/Assicurato

Come disposto dal Regolamento IVASS n. 40/2018 art. 58 (come modificato dal Provv. 97/2020) la verifica dell'adeguatezza del presente contratto è stata effettuata sulla base delle informazioni rese dal Contraente nel Questionario sulla valutazione delle richieste ed esigenze del contraente.

Contraente/Assicurato

Intermediario

Luogo e Data

1. CONTRAENTE/ASSICURATO

Indicare di seguito i dati relativi al Contraente/Assicurato:

COGNOME*		NOME*		
INDIRIZZO*	LOCALITÀ / COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*	
CODICE FISCALE*				
Indirizzo Alternativo per la Corrispondenza				
VIA N°	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.	

I dati contrassegnati con l'asterisco * sono obbligatori

1.1 RECAPITI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Indicare di seguito gli indirizzi ed i recapiti che la Società potrà utilizzare per contattare l'Assicurato:

PEC (se presente)*		E Mail*		
Altro	Telefono Casa	Telefono Cellulare*		

I dati contrassegnati con l'asterisco * sono obbligatori

1.2 DATI RELATIVI ALL'ENTE PUBBLICO DI APPARTENENZA/MASSIMALE RICHIESTO

Denominazione Ente:		MASSIMALE				
		€ 500.000	€ 1.000.000	€ 2.000.000	€ 3.000.000	€ 5.000.000
TIPOLOGIA	<input type="checkbox"/> Comuni fino a n.5.000 abitanti / Ordini e Collegi Professionali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Comuni da 5.001 a 10.000 abitanti / Consorzi Intercomunali e CCIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Comuni da 50.001 a 150.000 abitanti / Province e Città' Metropolitane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.D.	N.D.	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Comuni oltre 150.000 abitanti / Regioni – ATO	N.D.	<input type="checkbox"/>	N.D.	N.D.	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Aziende Pubbliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.D.	N.D.
	<input type="checkbox"/> Scuole / Istituti di Formazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.D.
	<input type="checkbox"/> Università / Istituti di Istruzione Universitaria Pubblici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.D.
	<input type="checkbox"/> Autorità Amministrative Indipendenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.D.
	<input type="checkbox"/> Ministeri / Magistrature Speciali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.D.
	<input type="checkbox"/> Enti Produttori di Servizi Assistenziali, Ricreativi e Culturali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.D.

	<input type="checkbox"/> Autorità Portuali;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.D.
	<input type="checkbox"/> Enti Nazionali di Previdenza e Assistenza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N.D.
Provincia						
Località		CAP	<input type="text"/>			

2. INFORMAZIONI IN MERITO A SINISTRI E/O CIRCOSTANZE:

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, in relazione all'Assicurazione che qui si intende stipulare, il Contraente ha ricevuto negli ultimi 5 anni almeno una delle seguenti richieste?:

2.1	contestazioni scritte o si è a conoscenza di circostanze che potrebbero dar luogo a richieste di risarcimento ai sensi di polizza?	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
2.2	formale richiesta di risarcimento danni scritta da parte di un terzo e/o ricevimento di notifica dell'avvio del procedimento di responsabilità contabile e la stessa è ancora in fase di definizione ?	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
2.3	formale richiesta di risarcimento danni scritta da parte di un terzo e/o ricevimento di notifica dell'avvio del procedimento di responsabilità contabile che sia stata già quantificata e indennizzata	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
2.4	avviso di garanzia?	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
2.5	aperto sinistri su polizze rc patrimoniali in corso con AIG?	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO

3. INFORMAZIONI IN MERITO AL/AGLI ENTE/I:

3.1	L'Ente o gli Enti presso il/i quale/i presta funzioni per le quali richiede copertura assicurativa è/sono Commissariati?	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
-----	--	------------------------------	-----------------------------

4. TERMINI DI COPERTURA

4.1 Data decorrenza / / (GG/MM/AAAA)

4.2 FUNZIONI ASSICURATE

selezionare con una croce la/e funzione/i interessata/e:

FUNZIONI SVOLTE PRESSO L'ENTE DI APPARTENENZA DI CUI AL PUNTO 1.3 PER LE QUALI SI RICHIEDE COPERTURA (MAX 3):

<input type="checkbox"/> Resp.Legale /Legali	<input type="checkbox"/> Preside di Facoltà/Vice Preside
<input type="checkbox"/> Commissario Straordinario/Segretario Generale/Dirigente Tecnico	<input type="checkbox"/> Assessore/Componente Giunta
<input type="checkbox"/> Rettore/Pro Rettore/Prefetto	<input type="checkbox"/> Presidente di Circoscrizione
<input type="checkbox"/> DPO/Membro OIV/Membro ODV	<input type="checkbox"/> Presidente di Municipio
<input type="checkbox"/> Presidente	<input type="checkbox"/> P.O. Amministrativa
<input type="checkbox"/> Sindaco	<input type="checkbox"/> Dipendente Amministrativo
<input type="checkbox"/> Capo Gabinetto/Commissario	<input type="checkbox"/> Responsabile Polizia Locale/Ufficiale di Polizia Locale
<input type="checkbox"/> Vice Sindaco	<input type="checkbox"/> Consigliere Comunale/Provinciale
<input type="checkbox"/> Direttore Generale	<input type="checkbox"/> Dirigente Tecnico senza attività di progettazione
<input type="checkbox"/> Direttore Tecnico	<input type="checkbox"/> P.O. Tecnica senza attività di progettazione
<input type="checkbox"/> Dirigente Amministrativo	<input type="checkbox"/> Dipendente Tecnico
<input type="checkbox"/> Docenti	
<input type="checkbox"/> Altro (vedasi funzioni di Piattaforma)	

4.3 ALTRE FUNZIONI PRESSO ENTI DIVERSI DALL'ENTE DI APPARTENENZA

Dietro corresponsione di un sovrappremio pari alla percentuale indicata nelle tabelle sotto riportate, è facoltà del Contraente richiedere, a pari massimale scelto al precedente punto 1.2, l'estensione delle garanzie assicurative ad eventuali funzioni svolte presso altri Enti **purché questi ultimi rientrino nella stessa fascia/tipo dell'Ente di appartenenza**.

ENTE N. 2

Denominazione	
TIPOLOGIA	<input type="checkbox"/> Comuni fino a n.5.000 abitanti / Ordini e Collegi Professionali
	<input type="checkbox"/> Comuni da 5.001 a 10.000 abitanti / Consorzi Intercomunali e CCIA
	<input type="checkbox"/> Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti
	<input type="checkbox"/> Comuni da 50.001 a 150.000 abitanti / Province e Città' Metropolitane
	<input type="checkbox"/> Comuni oltre 150.000 abitanti / Regioni – ATO
	<input type="checkbox"/> Aziende Pubbliche
	<input type="checkbox"/> Scuole / Istituti di Formazione
	<input type="checkbox"/> Università / Istituti di Istruzione Universitaria Pubblici
	<input type="checkbox"/> Autorità Amministrative Indipendenti
	<input type="checkbox"/> Ministeri / Magistrature Speciali
	<input type="checkbox"/> Enti Produttori di Servizi Assistenziali, Ricreativi e Culturali
	<input type="checkbox"/> Autorità Portuali;
	<input type="checkbox"/> Enti Nazionali di Previdenza e Assistenza
Provincia	
Località	CAP <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

FUNZIONI SVOLTE PRESSO ENTE N. 2 PER LE QUALI SI RICHIEDE COPERTURA :
(sovrappremio pari al 25% della funzione/carica assicurata)

<input type="checkbox"/> Resp.Legale /Legali	<input type="checkbox"/> Preside di Facoltà/Vice Preside
<input type="checkbox"/> Commissario Straordinario/Segretario Generale/Dirigente Tecnico	<input type="checkbox"/> Assessore/Componente Giunta
<input type="checkbox"/> Rettore/Pro Rettore/Prefetto	<input type="checkbox"/> Presidente di Circoscrizione
<input type="checkbox"/> DPO/Membro OIV/Membro ODV	<input type="checkbox"/> Presidente di Municipio
<input type="checkbox"/> Presidente	<input type="checkbox"/> P.O. Amministrativa
<input type="checkbox"/> Sindaco	<input type="checkbox"/> Dipendente Amministrativo
<input type="checkbox"/> Capo Gabinetto/Commissario	<input type="checkbox"/> Responsabile Polizia Locale/Ufficiale di Polizia Locale
<input type="checkbox"/> Vice Sindaco	<input type="checkbox"/> Consigliere Comunale/Provinciale
<input type="checkbox"/> Direttore Generale	<input type="checkbox"/> Dirigente Tecnico senza attività di progettazione
<input type="checkbox"/> Direttore Tecnico	<input type="checkbox"/> P.O. Tecnica senza attività di progettazione
<input type="checkbox"/> Dirigente Amministrativo	<input type="checkbox"/> Dipendente Tecnico
<input type="checkbox"/> Docenti	
<input type="checkbox"/> Altro (vedasi funzioni di Piattaforma)	

ENTE N. 3

Denominazione			
Tipologia	<input type="checkbox"/> Comuni fino a n.5.000 abitanti / Ordini e Collegi Professionali; <input type="checkbox"/> Comuni da 5.001 a 10.000 abitanti / Consorzi Intercomunali e CCIA; <input type="checkbox"/> Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti; <input type="checkbox"/> Comuni da 50.001 a 150.000 abitanti / Province e Citta' Metropolitane; <input type="checkbox"/> Comuni oltre 150.000 abitanti / Regioni – ATO; <input type="checkbox"/> Aziende Pubbliche; <input type="checkbox"/> Scuole / Istituti di Formazione; <input type="checkbox"/> Università / Istituti di Istruzione Universitaria Pubblici; <input type="checkbox"/> Autorità Amministrative Indipendenti; <input type="checkbox"/> Ministeri / Magistrature Speciali; <input type="checkbox"/> Enti Produttori di Servizi Assistenziali,Ricreativi e Culturali; <input type="checkbox"/> Autorità Portuali; <input type="checkbox"/> Enti Nazionali di Previdenza e Assistenza		
Provincia			
Località		CAP	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**FUNZIONI SVOLTE PRESSO ENTE N. 3 PER LE QUALI SI RICHIEDE
COPERTURA : (sovrappremio pari al 25% della funzione/carica assicurata)**

<input type="checkbox"/> Resp.Legale /Legali	<input type="checkbox"/> Preside di Facoltà/Vice Preside
<input type="checkbox"/> Commissario Straordinario/Segretario Generale/Dirigente Tecnico	<input type="checkbox"/> Assessore/Componente Giunta
<input type="checkbox"/> Rettore/Pro Rettore/Prefetto	<input type="checkbox"/> Presidente di Circoscrizione
<input type="checkbox"/> DPO/Membro OIV/Membro ODV	<input type="checkbox"/> Presidente di Municipio
<input type="checkbox"/> Presidente	<input type="checkbox"/> P.O. Amministrativa
<input type="checkbox"/> Sindaco	<input type="checkbox"/> Dipendente Amministrativo
<input type="checkbox"/> Capo Gabinetto/Commissario	<input type="checkbox"/> Responsabile Polizia Locale/Ufficiale di Polizia Locale
<input type="checkbox"/> Vice Sindaco	<input type="checkbox"/> Consigliere Comunale/Provinciale
<input type="checkbox"/> Direttore Generale	<input type="checkbox"/> Dirigente Tecnico senza attività di progettazione
<input type="checkbox"/> Direttore Tecnico	<input type="checkbox"/> P.O. Tecnica senza attività di progettazione
<input type="checkbox"/> Dirigente Amministrativo	<input type="checkbox"/> Dipendente Tecnico
<input type="checkbox"/> Docenti	
<input type="checkbox"/> Altro (vedasi funzioni di Piattaforma)	

ENTE N. 4

Denominazione						
TIPOLOGIA	<input type="checkbox"/> Comuni fino a n.5.000 abitanti / Ordini e Collegi Professionali					
	<input type="checkbox"/> Comuni da 5.001 a 10.000 abitanti / Consorzi Intercomunali e CCIA					
	<input type="checkbox"/> Comuni da 10.001 a 50.000 abitanti					
	<input type="checkbox"/> Comuni da 50.001 a 150.000 abitanti / Province e Citta' Metropolitane					
	<input type="checkbox"/> Comuni oltre 150.000 abitanti / Regioni – ATO					
	<input type="checkbox"/> Aziende Pubbliche					
	<input type="checkbox"/> Scuole / Istituti di Formazione					
	<input type="checkbox"/> Università / Istituti di Istruzione Universitaria Pubblici					
	<input type="checkbox"/> Autorità Amministrative Indipendenti					
	<input type="checkbox"/> Ministeri / Magistrature Speciali					
	<input type="checkbox"/> Enti Produttori di Servizi Assistenziali, Ricreativi e Culturali					
	<input type="checkbox"/> Autorità Portuali;					
	<input type="checkbox"/> Enti Nazionali di Previdenza e Assistenza					
Provincia						
Località	CAP <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> </table>					

FUNZIONI SVOLTE PRESSO ENTE N. 4 PER LE QUALI SI RICHIEDE COPERTURA :
(sovrappremio pari al 25% della funzione/carica assicurata)

<input type="checkbox"/> Resp.Legale /Legali	<input type="checkbox"/> Preside di Facoltà/Vice Preside
<input type="checkbox"/> Commissario Straordinario/Segretario Generale/Dirigente Tecnico	<input type="checkbox"/> Assessore/Componente Giunta
<input type="checkbox"/> Rettore/Pro Rettore/Prefetto	<input type="checkbox"/> Presidente di Circoscrizione
<input type="checkbox"/> DPO/Membro OIV/Membro ODV	<input type="checkbox"/> Presidente di Municipio
<input type="checkbox"/> Presidente	<input type="checkbox"/> P.O. Amministrativa
<input type="checkbox"/> Sindaco	<input type="checkbox"/> Dipendente Amministrativo
<input type="checkbox"/> Capo Gabinetto/Commissario	<input type="checkbox"/> Responsabile Polizia Locale/Ufficiale di Polizia Locale
<input type="checkbox"/> Vice Sindaco	<input type="checkbox"/> Consigliere Comunale/Provinciale
<input type="checkbox"/> Direttore Generale	<input type="checkbox"/> Dirigente Tecnico senza attività di progettazione
<input type="checkbox"/> Direttore Tecnico	<input type="checkbox"/> P.O. Tecnica senza attività di progettazione
<input type="checkbox"/> Dirigente Amministrativo	<input type="checkbox"/> Dipendente Tecnico
<input type="checkbox"/> Docenti	
<input type="checkbox"/> Altro (vedasi funzioni di Piattaforma)	

Retroattività: **illimitata**

5.1 MASSIMALE TUTELA LEGALE Per Amministratore e/o Dipendente di Ente/Azienda Pubblico/a

- € 10.000,00 per sinistro e € 20.000,00 per periodo assicurativo
- € 20.000,00 per sinistro e € 40.000,00 per periodo assicurativo
- € 40.000,00 per sinistro e € 80.000,00 per periodo assicurativo

ESTENSIONE DI GARANZIA OPZIONALE CARICHE PREGRESSE

6	Richiede estensione di garanzia alle "cariche pregresse" ^o dietro corresponsione di un sovrappremio del 20% sul premio totale ?	<input type="checkbox"/> SI'	<input type="checkbox"/> NO
----------	--	-------------------------------------	------------------------------------

^o **Carica Progressa:** l'attività/le attività già cessate dall'Assicurato al momento della prima stipulazione dell'Assicurazione con AIG, le quali rientrano nel novero di quelle assicurabili ai sensi della convenzione

Luogo e Data

Contraente/Assicurato



Informativa sulla Privacy di AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia

Come utilizziamo i Dati Personali

AIG Europe S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia si impegna a proteggere la Privacy dei suoi clienti, di chi invia una richiesta di indennizzo, nonché di tutti i suoi partner commerciali.

I “**Dati Personali**” identificano e si riferiscono a Voi o ad altri individui (ad es., il Vostro partner o altri membri della Vostra famiglia). Se fornite Dati Personali riguardo ad un altro individuo, dovete (salvo che non conveniamo diversamente) informare l'interessato del contenuto della presente Informativa e della nostra Informativa sulla Privacy e ottenere la sua autorizzazione (ove possibile) a condividere i suoi Dati Personali con noi.

Le tipologie di Dati Personali che possiamo raccogliere e per quali finalità - In base al nostro rapporto con Voi, i Dati Personali raccolti possono includere: informazioni di contatto, informazioni finanziarie e bancarie, referenze creditizie e merito creditizio, informazioni sensibili su condizioni di salute o mediche (raccolte con il vostro consenso ove richiesto dalla legge applicabile), nonché altri Dati Personali da Voi forniti, o che otteniamo in relazione al rapporto che intratteniamo con Voi. I Dati Personali possono essere utilizzati per le seguenti finalità:

- Gestione di polizze, ad es., comunicazioni, elaborazione di richieste di indennizzo e pagamento
- Effettuare valutazioni e prendere decisioni circa la fornitura e le condizioni di assicurazione e la liquidazione di richieste di indennizzo
- Assistenza e consulenza su questioni mediche e di viaggio
- Gestione delle nostre operazioni aziendali e infrastruttura IT
- Prevenzione, individuazione e indagini su reati, ad es., frodi e riciclaggio di denaro
- Accertamento e difesa di diritti legali
- Conformità legale e normativa (tra cui il rispetto di leggi e normative al di fuori del Vostro Paese di residenza)
- Monitoraggio e registrazione di chiamate telefoniche per finalità di qualità, formazione e sicurezza

Condivisione dei Dati Personali - Per le finalità di cui sopra i Dati Personali possono essere condivisi con società del nostro gruppo e con terzi (quali, ad esempio, intermediari e altri soggetti di distribuzione assicurativa, assicuratori e riassicuratori, agenzie di informazioni commerciali, operatori sanitari e altri fornitori di servizi).

I Dati Personali saranno condivisi con terze parti (comprese autorità governative) se richiesto dalle leggi o normative applicabili. I Dati Personali (inclusi i dettagli di lesioni) possono essere inseriti in registri di richieste di indennizzo e condivisi con altri assicuratori. Siamo tenuti a registrare tutte le richieste di risarcimento di terzi relative a lesioni fisiche nei registri riguardanti gli indennizzi ai lavoratori. Possiamo effettuare ricerche in tali registri per prevenire, individuare e indagare su frodi o per confermare vostre precedenti richieste di indennizzo o quelle di qualsiasi altra persona o proprietà che può essere coinvolta nella polizza o richiesta di indennizzo. I Dati Personali possono essere condivisi con acquirenti potenziali e attuali e trasferite a seguito della cessione della nostra società o del trasferimento di attività aziendali.

Trasferimento internazionale - A causa della natura globale della nostra attività, i Dati Personali possono essere trasferiti a soggetti ubicati in altri Paesi (tra cui Stati Uniti, Cina, Messico, Malesia, Filippine, Bermuda e altri Paesi che possono avere un regime di protezione dei dati diverso da quello del vostro Paese di residenza). Quando effettuiamo tali trasferimenti, adotteremo misure per garantire che i Vostri Dati Personali siano adeguatamente protetti e trasferiti in conformità ai requisiti della normativa sulla protezione dei dati. Per ulteriori informazioni sui trasferimenti internazionali consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

Sicurezza dei Dati Personali - Per mantenere i Vostri Dati Personali protetti e al sicuro sono utilizzate misure di sicurezza tecniche e fisiche adeguate. Quando forniamo Dati Personali a terzi (compresi i nostri fornitori di servizi) o incarichiamo terzi di raccogliere Dati Personali per nostro conto, Vi confermiamo che tali terzi verranno selezionati attentamente e saranno tenuti ad attuare misure di sicurezza adeguate.

I vostri diritti - Voi siete titolari di diversi diritti ai sensi della legge sulla protezione dei dati in relazione al nostro utilizzo di Dati Personali. Tali diritti possono applicarsi solo in determinate circostanze e sono soggetti a talune esenzioni. Tali diritti possono includere il diritto di accesso ai Dati Personali, il diritto di rettifica di informazioni non accurate, il diritto alla cancellazione delle informazioni o a sospendere il nostro utilizzo delle informazioni. Tali diritti possono includere inoltre il diritto di trasferire le informazioni ad un'altra organizzazione, il diritto di opporsi al nostro uso dei Vostri Dati Personali, il diritto di chiedere che determinate decisioni automatizzate che prendiamo prevedano il coinvolgimento umano, il diritto di revocare il consenso e il diritto di presentare reclami all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati. Per

ulteriori informazioni sui vostri diritti e su come potete esercitarli consultate la nostra Informativa sulla Privacy (di seguito riportata).

Informativa sulla Privacy- Maggiori informazioni sui vostri diritti e su come raccogliamo, utilizziamo e divulghiamo i Vostri Dati Personali sono contenute nella nostra Informativa sulla Privacy integrale, che potete trovare all'indirizzo: <https://www.aig.co.it/informativa-privacy>.

In alternativa, potete richiederne una copia scrivendo a: Responsabile della protezione dei dati, AIG Europe S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Della Chiusa 2, 20123, Milano o tramite e-mail all'indirizzo: protezionedeidati.it@aig.com.

Consenso per il trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679

Apponendo la Sua firma qui di seguito, Lei presta il Suo consenso all'utilizzo dei Suoi Dati Personali relativi alla Sua salute da parte di AIG Europe S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, le società del gruppo AIG e relative sedi secondarie, i riassicuratori ed i fornitori terzi di servizi, come stabilito nell'Informativa sulla Privacy di AIG consultabile all'indirizzo sotto riportato.

Le ricordiamo che i Suoi Dati personali ci sono necessari per l'organizzazione, la sottoscrizione e la gestione delle polizze assicurative e riassicurative, la fornitura dei servizi accessori e la gestione delle richieste di risarcimento relative a tali polizze, nonché per l'esercizio di diritti o l'adempimento di obblighi di legge in relazione a tali polizze.

Lei ha il diritto di revocare il Suo consenso in qualsiasi momento. Se intende revocare il Suo consenso, La preghiamo di inviare una email all'indirizzo responsabiledeiprotezionedeidati.it@aig.com.

La informiamo che senza il Suo consenso potremmo non essere in grado di fornirLe i nostri servizi, inclusa la gestione delle Sue eventuali richieste di risarcimento.

Per ulteriori informazioni su come utilizziamo i Dati Personali, può consultare l'informativa sulla Privacy integrale di AIG all'indirizzo <https://www.aig.co.it/informativa-privacy>.

Il sottoscritto/a presta il suo consenso per il trattamento dei propri dati personali necessari all'espletamento delle finalità descritte e secondo le modalità sopra delineate

Firma _____

Data e luogo _____