

DELEGA A TERZI PER IL COMPIMENTO DI ATTIVITA' CONTRATTUALI E GESTIONALI NEL SETTORE DELLE POLIZZE DANNI

Il/la sottoscritto/a (L'assicurato/a) _____

Nato/a a _____

Residente in _____ via/p.zza _____

Codice Fiscale _____ cellulare _____

Delega

Il/la Sig./sig.ra _____

Nato/a a _____

Residente in _____ via/p.zza _____

Codice Fiscale _____ cellulare _____

A svolgere, in suo nome e per suo conto, ogni attività relativa alla/e polizza/e sotto elencate, conferendogli la facoltà di:

- consegnare la documentazione precontrattuale firmata dall'assicurato;
- sottoscrivere la documentazione contrattuale;
- pagare i premi pattuiti e ritirare i relativi atti di quietanza;
- ritirare la documentazione contrattuale firmata dalla Compagnia o i relativi duplicati;
- svolgere ogni altra attività necessaria alla conclusione od alla gestione dei predetti contratti.

polizza n°/compagnia _____

Il tutto con promessa di rato e valido.

Si allegano le copie dei documenti di identità del delegante e del delegato.

Informativa privacy per il trattamento dei dati personali

Ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali, il "Codice"), il Titolare del trattamento, AB Busignani Assicurazioni S.r.L., tratterà i dati personali comuni da Voi forniti unicamente al fine di consentire lo svolgimento di ogni attività relativa alla stipulazione e alla successiva gestione del contratto assicurativo. Tali dati saranno trattati dal Titolare del trattamento, nonché dai Responsabili incaricati da esso nominati, con le modalità e procedure, anche informatiche, necessarie per lo svolgimento delle citate attività. Avete il diritto di conoscere quali sono i Vostri dati presso il Titolare e come vengono utilizzati, di farli aggiornare, integrare e rettificare, di ottenere il blocco e la cancellazione nel caso in cui i dati siano stati trattati in violazione di legge, nonché di opporvi al trattamento per motivi legittimi (artt. 7-10 del Codice). Per l'esercizio di questi diritti potete rivolgerVi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso AB Busignani Assicurazioni S.r.L. – Via Sabotino 30 – 40131 Bologna.

Bologna _____

Il Delegato

Il Delegante (L'assicurato/a)
