

INFORMATIVA IVASS – CONSENSO INOLTRO VIA E-MAIL – INFORMATIVA PRIVACY

Compagnie: COFACE S.A. e SOCIETA' DEL GRUPPO COFACE e HELVETIA S.A.

Con la presente il sottoscritto (cognome) (nome), nato il a, residente in (Comune-PR), (C.A.P.), via/p.zza n.c., C.F. **per conto proprio o quale legale rappresentante della Società** (barrare la circostanza che non ricorre) con sede legale in (Comune-PR), (C.A.P.), via/p.zza n.c., C.F. P.IVA, e-mail di inoltro e-mail certificata

DICHIARA

di aver preso visione dei documenti pubblicati sul sito www.assicredit.it alla voce "Informativa Ivass" e contestualmente esprime il proprio consenso all'invio elettronico di documenti relativi a:

tutta la nostra posizione assicurativa presente e futura

(polizze sottoscritte, appendici e/o variazioni, corrispondenza e tutto quanto è ad esse riferibile)

Fatta eccezione per:

- le polizze, le appendici e le quietanze di pagamento firmate in originale qualora richieste in spedizione o ritirate a nostra cura e
- gli avvisi di pagamento che potrete inoltrarci anche a mezzo telefax.

A tal fine rilasciamo con la presente apposito consenso, espressamente esteso anche agli obblighi di adeguatezza dei contratti assicurativi ove previsto (questionario di adeguatezza in formato elettronico – Reg.to ISVAP/IVASS n. 35 del 26-05-2010).

Sarà nostra premura ed obbligo informarvi tempestivamente in caso di variazione dell'indirizzo di posta elettronica sopra indicato.

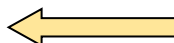
E' nostra facoltà revocare il presente consenso in qualsiasi momento anche mediante comunicazione tramite posta elettronica o verbale.

Consenso reso a norma dell'art. 7, comma 1, del Regolamento 8/2015 Ivass

Luogo e data



Firma *



* firma della persona fisica ovvero timbro della persona giuridica e firma di un procuratore

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE DELL'INFORMATIVA E DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI EX ARTT.

7,13 E 14 REG. UE 2016/679 E D.LGS 101/2018

Con la presente il sottoscritto (cognome) (nome), nato il
..... a, residente in (Comune-
PR), (C.A.P.), via/p.zza n.c., C.F.
..... **per conto proprio o quale legale rappresentante della Società (barrare la
circostanza che non ricorre)** con sede legale in
..... (Comune-PR), (C.A.P.), via/p.zza
..... n.c., C.F. P.IVA, e-mail di
inoltro e-mail certificata

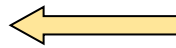
DICHIARA

di aver ricevuto da parte del Titolare del Trattamento ASSICREDIT FRIULI S.R.L. per il trattamento Gestione Clienti, l'informativa ex artt. 13-14 Reg. UE 2016/679 pubblicata sul sito www.assicredit.it, inerente il trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate nell'informativa medesima ed

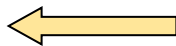
esprime il proprio consenso **nega il proprio consenso**

al trattamento dei dati personali per finalità di Attività di marketing al fine di rendere il miglior servizio al Cliente, i dati potranno essere trattati per fornirLe informazioni (via posta, telefono, email, sms, etc), su novità legislative o di prodotto e per fini promozionali/commerciali, esclusa la profilazione, ovvero processi decisionali automatizzati.

Luogo e data



Firma *



* firma della persona fisica ovvero timbro della persona giuridica e firma di un procuratore