

Modulo di presa visione e consenso al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto

Dati del Beneficiario (da compilare sia in caso di Beneficiario Persona Fisica o Persona Giuridica):

Nome e cognome/Ragione sociale _____
Polizza n. _____
C.F./P.IVA _____
Indirizzo di residenza/Sede Legale _____

Dati del legale rappresentante (da compilare solo in caso di Beneficiario Persona Giuridica o incapace di agire o soggetto che ha conferito procura):

Nome e cognome _____
C.F. _____
Indirizzo di residenza _____



PRENDO ATTO

della “**Informativa sul trattamento dei dati personali**” ricevuta, con riferimento al Data Protection Act 2018 irlandese e al Regolamento (UE) 2016/679

Luogo e data

Firma Beneficiario / Legale Rappresentante

E ACCONSENTO

al trattamento delle categorie particolari di dati personali, ivi inclusi quelli relativi allo stato di salute, qualora tale trattamento sia indispensabile per l'erogazione dei servizi delle prestazioni assicurative/liquidazione;

Luogo e data

Firma Beneficiario / Legale Rappresentante