

## Polizza di Assicurazione RC Professionale per ODONTOIATRA

**MODULO RACCOLTA DATI** da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Contraente

Indirizzo

Cap

Città

Prov.

Tel. Abitazione

Cellulare

E-mail

Fax

Cod. Fiscale

Partita IVA

Data di nascita

Luogo di nascita

Prov.

Specializzazione:

Iscritto all'Ordine di

Iscrizione Nr.

Aggiungo alla proposta la polizza **3Virus** allegando il modulo di adesione

Rinuncio alla polizza **3Virus**

Aggiungo alla proposta la polizza di **Tutela Legale** allegando il modulo di adesione

Rinuncio alla polizza di Tutela Legale

Effetto | | | | Scadenza | | | | Prima Rata | | | |

L'importo della quota associativa **CSMM** per l'anno in corso è di **€ 60,00**

Desidero ricevere una Fad con crediti ECM – sanita.academy

**MASSIMALE €**

**IMPORTO TOTALE €**

**Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:**

**Bonifico bancario:** Banco BPM C/C intestato

**ASSIMEDICI srl** IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - Causale: nome e cognome

**Carta di Credito:**

VISA

MASTERCARD

NR. |\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|

Scad. |\_|\_|/|\_|\_| CVV\*|\_|\_|\_|

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**Nel rispetto della vigente normativa:** Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore. Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_ | \_\_\_ | \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
Il Proponente

Cod. Partner \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_

**MARCO ROSELLI**

VIA APPIANO 16

ROMA - RM - 00136

Tel. 0639744481

info@rossellinsurance.it

ISCRIZIONE RUI: A000004583 - P. IVA: 17906341007

**Dati del Contraente (\*CAMPI OBBLIGATORI)**

COGNOME E NOME O RAGIONE SOCIALE*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA / SEDE LEGALE)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

**Dati dell'Assicurato se soggetto diverso dal Contraente (\*CAMPI OBBLIGATORI)**

COGNOME E NOME*	SESSO* M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	E-MAIL*	
INDIRIZZO (RESIDENZA)*	LOCALITÀ/COMUNE*	PROVINCIA*	C.A.P.*
CODICE FISCALE*	PARTITA I.V.A.	NAZIONE*	
LUOGO DI NASCITA*	PROVINCIA*	DATA DI NASCITA*	
ISCRITTO ALL'ALBO DI*	N° DI ISCRIZIONE*	RECAPITO TELEFONICO	

**1. Indicazioni relativamente alla decorrenza della presente copertura assicurativa**

Indicare la possibile decorrenza della Polizza: \_\_\_\_\_

**2. Indicare la modalità di frazionamento del Premio scelta:** Annuale  Semestrale**3. Iscrizione all'Albo Professionale**

L'Assicurato è regolarmente iscritto all'Albo Professionale?

 NO  SI**4. Precedenti assicurativi dell'Assicurato con Società del Gruppo AmTrust**

Esistono altre polizze assicurative stipulate con una Società del gruppo AmTrust (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività), che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente polizza?

 NO  SI**AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.****5. Altre coperture attive con altri assicuratori per il medesimo rischio**

Esistono altre polizze assicurative (anche precedenti e allo stato non più attive qualora sia stata attivata la copertura postuma - Ultrattività) che coprono l'Assicurato relativamente ai medesimi rischi assicurabili con la presente Polizza?

 NO  SI**AVVERTENZA: in caso di risposta affermativa è necessario compilare il presente questionario e contattare la Direzione.****6. Quale tipologia di attività libero professionale attualmente SVOLTA si intende assicurare?** Odontoiatria senza implantologia  Ortodonzia  Odontoiatria con implantologia osteointegrata  Odontoiatria con implantologia altre metodiche

7. Indicare l'attività di libera professione SVOLTA di maggior rischio che si intende assicurare (è necessario contrassegnare con una "X" l'attività di maggior rischio. È POSSIBILE SELEZIONA ESCLUSIVAMENTE UNA SOLA ATTIVITÀ).

**AVVERTENZA:** Il gruppo di rischio indica il grado di rischio delle attività, in ordine crescente. Pertanto, il gruppo di rischio 1 corrisponde al gruppo di attività meno rischiose e il gruppo di rischio 3 corrisponde al gruppo di attività più rischiose.

Elenco Attività assicurate	Gruppo di Rischio	Attività di maggior rischio che si intende assicurare
Odontoiatria senza implantologia	1	
Ortodonzia		
Odontoiatria con implantologia osteointegrata	2	
Odontoiatria con implantologia altre metodiche	3	

8. L'Assicurato svolge anche attività di Medicina Estetica / Medico di medicina generale, così come descritta nelle Condizioni di Assicurazione? (rispondere ESCLUSIVAMENTE se selezionato "Odontoiatria senza implantologia" o "Ortodonzia" alla domanda 6).

NO  SÌ

9. Si intende assicurare un'attività libero professionale CESSATA?

NO  SÌ

10. Quale attività libero professionale CESSATA si intende assicurare? (segnare con una X il campo "attività libero professionale CESSATA che si intende assicurare" ESCLUSIVAMENTE se risposto "SÌ" al punto 9. È POSSIBILE SELEZIONA ESCLUSIVAMENTE UNA SOLA ATTIVITÀ)

**AVVERTENZA:** Se selezionata un'attività libero professionale CESSATA verrà ricompresa in copertura ESCLUSIVAMENTE l'Attività selezionata.

Elenco Attività Assicurate	Attività di maggior rischio che si intende assicurare
Odontoiatria senza implantologia	
Ortodonzia	
Odontoiatria con implantologia osteointegrata	
Odontoiatria con implantologia altre metodiche	

11. Indicare la data di cessazione dell'attività libero professionale CESSATA (compilare ESCLUSIVAMENTE se risposto "SÌ" alla domanda 9)

DATA CESSAZIONE ATTIVITÀ

12. L'Assicurato svolge l'attività ESCLUSIVAMENTE presso una Struttura?

NO  SÌ

**AVVERTENZA:** in caso di risposta affermativa si dichiara che l'attività libero professionale oggetto della presente Polizza è svolta dall'Assicurato esclusivamente in nome e per conto di una Struttura, in assenza di uno specifico rapporto contrattuale direttamente assunto dall'Assicurato nei confronti del paziente.

13. Selezionare la Retroattività richiesta:

10 anni  Illimitata

14. Selezionare il Massimale per Sinistro:

2 milioni  3 milioni  5 milioni

15. Massimale per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri  
Il Massimale per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri verrà valorizzato in automatico e seguirà il seguente schema:

Valore Massimale per Sinistro selezionato	Valore Massimale per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri
€ 2.000.000	€ 6.000.000
€ 3.000.000	€ 6.000.000

Valore Massimale per Sinistro selezionato	Valore Massimale per Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri
€ 5.000.000	€ 6.000.000

16. Indicare la Franchigia facoltativa che si desidera selezionare (compilare se selezionata ESCLUSIVAMENTE "Nessuno" alla domanda 18):

Nessuno     € 1.000,00     € 2.500,00     € 5.000,00

17. Garanzie Aggiuntive

Si intende acquistare le seguenti Garanzie Aggiuntive? (segnare con una X il campo "Garanzia Aggiuntiva da acquistare")

Garanzia Aggiuntiva	Garanzia Aggiuntiva da acquistare
Ruolo apicale e direzione sanitaria - Perdite Patrimoniali	
Altre Perdite Patrimoniali e conduzione dello studio (RCT-RCO)	
Omesso adempimento Crediti ECM	

18. Sinistrosità

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha ricevuto Richieste di Risarcimento - così come definite nel Glossario - per i rischi assicurati con la presente Polizza?

Nessuno     1 Sinistro     2 Sinistri     Più di 2 Sinistri

**AVVERTENZA:** in caso di risposta diversa da "Nessuno" è necessario compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 20 e contattare la Direzione

19. Fatti Noti

L'Assicurato, negli ultimi 5 anni, ha avuto conoscenza di "Fatti Noti" - così come definiti nel Glossario - dai quali possano derivare Richieste di Risarcimento per i rischi assicurati con la presente Polizza?

Nessuno     1 Fatto Noto     2 Fatti Noti     Più di 2 Fatti Noti

**AVVERTENZA:** in caso di risposta diversa da "Nessuno" è necessario compilare, in ogni sua parte, il successivo punto 20 e contattare la Direzione

20. Sinistrosità e Fatti Noti dell'Assicurato

**AVVERTENZA:** da compilare solo in caso di risposta diversa da "Nessuno" ad almeno una delle richieste del punto 18 e 19 del presente Questionario

A) Sinistri  
1° Sinistro

Riportare una breve descrizione dell'evento:

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

Data ricezione dell'Atto/notifica: \_\_\_\_\_

**2° Sinistro**

Riportare una breve descrizione dell'evento:

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

Data ricezione dell'Atto/notifica: \_\_\_\_\_

**B) Fatti Noti****1° Fatto Noto**

Riportare una breve descrizione dell'evento:

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

Data ricezione dell'Atto/notifica: \_\_\_\_\_

**2° Fatto Noto**

Riportare una breve descrizione dell'evento:

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

Data ricezione dell'Atto/notifica: \_\_\_\_\_

**Dichiarazioni del Contraente**

Il Contraente dichiara che:

le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omissso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa;

la compilazione del presente Questionario di raccolta dati NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il Contraente \_\_\_\_\_

**Trattamento dei dati personali**

AmTrust Assicurazioni S.p.A. è Titolare del trattamento dei dati personali. Il Titolare La informa che, ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti per dar corso ai servizi assicurativi da Lei richiesti. La base giuridica del trattamento è l'adempimento di un obbligo legale da parte del Titolare del trattamento. I dati saranno trattati con strumenti informatici e su supporti cartacei. Qualora Lei dovesse sottoscrivere una polizza assicurativa con AmTrust Assicurazioni S.p.A., Le verrà fornita una più completa informativa sul trattamento dei dati personali e Le saranno richiesti gli specifici consensi al trattamento dei dati.

Ove non dovesse sottoscrivere la polizza assicurativa, i dati saranno anonimizzati ai sensi del Regolamento UE n. 2016/679.

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20).

Il “Responsabile per la protezione dei dati” è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di AmTrust Assicurazioni S.p.A., al recapito [info-privacy@amtrustgroup.com](mailto:info-privacy@amtrustgroup.com) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_ li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Il Contraente \_\_\_\_\_

**MODULO RACCOLTA DATI** da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52** Peri informazioni tel. **02.91.98.33.11**

## Modulo Proposta per **TUTELA LEGALE PERSONALE SANITARIO**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione	Cellulare	
E-mail	Fax	
Cod. Fiscale		
Partita IVA		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Iscritto all'Ordine di		Iscrizione Nr.
Specializzazione:		
Premio:		
<b>MASSIMALE</b>	<input type="checkbox"/>	€ 30.000,00
<b>MASSIMALE</b>	<input type="checkbox"/>	€ 50.000,00
Effetto	Scadenza	

La polizza dovrà avere effetto l'ultimo giorno del mese ed avrà prima scadenza trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento

### Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite:

- Bonifico bancario:** Banco BPM C/C intestato  
**ASSIMEDICI srl** IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - Causale: nome e cognome
- Carta di Credito:**                       VISA                       MASTERCARD

NR. |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|  
Scad. |\_\_|\_\_|/|\_\_|\_\_| CVV\*|\_\_|\_\_|\_\_|

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**Nel rispetto della vigente normativa:** Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data della sottoscrizione \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

Il Proponente

Cod. Partner \_\_\_\_\_ Intermediario \_\_\_\_\_

## Modulo di Proposta per POLIZZA 3 VIRUS

MODULO DI RACCOLTA DATI da inviare a mezzo fax allo **02.87.18.11.52**  
Per informazioni tel. **02.91.98.33.11**

Contraente		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel. Abitazione		Cellulare
e-mail		Fax
Cod. Fiscale		
Partita Iva		
Data di nascita	Luogo di nascita	Prov.
Specializzazione		
Iscritto all'Ordine di		Nr
Azienda		
Indirizzo		
Cap	Città	Prov.
Tel.	Fax	

**Massimale € 100.000,00**

**Importo totale € 25,00**

**Massimale € 200.000,00**

**Importo totale € 50,00**

Effetto*				Scadenza				
----------	--	--	--	----------	--	--	--	--

\* La polizza potrà avere effetto l'ultimo giorno del mese prescelto e scadrà trascorso un anno. La copertura decorrerà dalla data di effetto se il pagamento sarà effettuato precedentemente a tale data o il primo giorno lavorativo successivo alla data di pagamento.

**Il pagamento del premio può essere effettuato unicamente tramite.**

**Bonifico bancario:** Banco BPM C/C intestato

**ASSIMEDICI srl** IBAN: **IT 11 0 05034 01610 0000 0000 2500** - Causale: nome e cognome

**Carta di Credito:**  VISA  MASTERCARD

NR. |\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|-|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Scad. |\_|\_|\_|/|\_|\_|\_| CVV\*|\_|\_|\_|\_|

\*Ultime tre cifre del codice riportato dietro la carta di credito

**Nel rispetto della vigente normativa:** Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per: 1) effettuare l'analisi della mia posizione assicurativa; 2) studiare e proporre le coperture più idonee; 3) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi e nella trattazione delle relative condizioni; 4) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale. E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia. L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e data \_\_\_\_\_

(Firma del contraente)



**MARCO ROSELLI**

VIA APPIANO 16

ROMA - RM - 00136

Tel. 0639744481

info@rossellinsuranc.it

ISCRIZIONE RUI: A000004583 - P. IVA: 17906341007



**Da inviare via fax allo: 02.23.36.91.11  
unitamente al modulo di proposta**

Cognome	Nome		
Luogo	Prov.	Data di nascita	/ /
Telefono / cellulare	E-mail		
Indirizzo	Cap		
Città	Prov.		
Cod. Fiscale			
Ragione sociale Azienda / Ente			
Indirizzo	Cap		
Città	Prov.		
Telefono	Fax		
Recapiti corrispondenza preferiti : <input type="checkbox"/> personali		<input type="checkbox"/> aziendali	
Professione/specializzazione			
Ordine / Albo / Collegio di			
Numero di iscrizione	in data / /		

**Richiede l'iscrizione all' Associazione C.S.M.M.**

- AUTORIZZA il presidente dell'Associazione C.S.M.M. al trattamento dei Suoi dati personali (Dlgs196/2003)
- È A CONOSCENZA che l'Associazione C.S.M.M. tratterà i dati inseriti nel presente modulo per l'aggiornamento del Libro Soci
- SI IMPEGNA a versare la quota associativa di **Euro 60,00** per l'anno in corso
- SI IMPEGNA a leggere lo Statuto dell'Associazione C.S.M.M. sul sito [www.malpractice.it](http://www.malpractice.it)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**Conferma ricezione di:**

- **Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**
  - **Allegato 3 - Informativa sul distributore**
  - **Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
  - **Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**
- **Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**
- **Informativa Privacy di cui al D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR)**

.....  
luogo e data

**Dati anagrafici del contraente/assicurato che rilascia le dichiarazioni**

**Cognome e Nome**

o **Ragione sociale:**

Codice fiscale

o Partita IVA:

Indirizzo residenza

o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

**Informativa precontrattuale di cui al Regolamento IVASS n. 40**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto:

- **copia dell'Allegato 3 - Informativa sul distributore**
- **copia dell'Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP**
- **copia dell'Allegato 4ter - Elenco delle regole di comportamento del distributore**

.....  
**il contraente/assicurato**

**Set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i di cui al Regolamento IVASS n. 41**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 27 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e di aver preso visione di:

- **set informativo del/i prodotto/i assicurativo/i**

.....  
**il contraente/assicurato**

**Consenso al trattamento dei dati personali (Privacy)**

Preso atto dell'Informativa Privacy ricevuta, ai sensi degli artt. 13 e 23 del D. Lgs n. 196/2003 e del Regolamento UE n. 2016/679 (GDPR):

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- \_\_\_\_\_ **acconsento\*** al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità del servizio offerto e di ricerche di mercato;

\* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....  
**il contraente/assicurato**