



COPERTINA FAX

ATTENZIONE

L'allegato modulo debitamente compilato e completo della sottoscrizione per il consenso al trattamento dei dati personali (Privacy) deve essere inviato ad Aon S.p.A. a mezzo:

FAX 02.87240211

E-MAIL:

convenzione.pirelli@aon.it

Customer Care Service



800.127.128

da lunedì a giovedì:

ore 10.00-12.30 e 14.00-17.00

venerdì: ore 9.30-12.30

Note

DOCUMENTI DA ALLEGARE

1. Modulo raccolta dati autovetture (**pag. 1 e 2**)
2. Documento/i Privacy

MODULO RACCOLTA DATI**DATI GENERALI**

Data di decorrenza:

Convenzione di appartenenza:

PIRELLI

DATI DEL CONTRAENTE

Cognome Nome: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: ____/____/____

Residenza: _____
(Via/Piazza/Corso e n. civico) (CAP) (Comune) (Prov.)

Codice Fiscale: _____ Professione: _____

Telefono: _____ Fax: _____

@-mail: _____

DATI ASSICURATO (se diverso dal contraente)

Cognome nome: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: ____/____/____

Residenza: _____
(Via/Piazza/Corso e n. civico) (CAP) (Comune) (Prov.)

Codice Fiscale: _____ Professione: _____

☒ CASO INVALIDITÀ PERMANENTEMASSIMALE: ☐ € 60.000,00 ☐ € 120.000,00
☐ ALTRO _____**☒ MORTE**MASSIMALE ☐ € 60.000,00 ☐ € 120.000 ☐ ALTRO _____**☒ DIARIA GIORNALIERA DA INGESSATURA € 28****☒ DIARIA GIORNALIERA DA RICOVERO € 56****☒ DIARIA GIORNALIERA DA CONVALESCENZA € 28**

Dichiarazione di consenso dell'interessato

Aon S.p.A. (di seguito "Aon") fa parte di un ampio gruppo di società formato da Aon Italia S.r.l. (la "Holding") e dalle società dalla stessa controllate (il "Gruppo Aon") che opera nel brokeraggio assicurativo e riassicurativo, nella consulenza e nei servizi di risk management e nella consulenza aziendale.

I. Finalità

In un'ottica di trasparenza, La informiamo che i Suoi dati personali verranno raccolti ed utilizzati per l'attività di intermediazione e di consulenza assicurativa e riassicurativa ivi compresa quella di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti assicurativi e riassicurativi, le attività ad essa connesse e la liquidazione dei sinistri, come specificato nella relativa Informativa (l' "Informativa").

II. Tipologia/e di dati

La/e tipologia/e di dati che Aon raccoglie sarà/saranno coerente/i con le finalità relative all'erogazione dei servizi indicati nella relativa Informativa.

III. Consenso

Qualora il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso, Aon dovrà essere in grado di dimostrare che Lei ha espresso il Suo consenso al trattamento dei suddetti dati.

Le chiediamo pertanto di esprimere il Suo consenso esplicito autorizzandoci all'utilizzo dei dati personali che Lei ci fornisce come indicato nella precedente sezione II, secondo le modalità di seguito indicate.

IV. Limitazione della raccolta

La raccolta dei Suoi dati personali sarà limitata a quanto necessario per le finalità identificate nella precedente sezione I e nella relativa Informativa.

Per ulteriori dettagli e informazioni, La invitiamo a consultare l'Informativa.

Scelte in merito al trattamento dei dati personali in forma manuale (solo se gestibile)

Dopo aver preso visione dell'Informativa del trattamento dei miei dati personali da parte di Aon, avente sede legale in Milano, Via Andrea Ponti n. 8/10, Io (inserire nome e

cognome) _____

residente in (inserire stato e

provincia) _____

al seguente indirizzo (inserire

indirizzo) _____

a) non desidero che i miei dati siano trattati per le finalità di marketing quali: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche.

b) acconsento al trattamento automatizzato dei miei dati personali, ivi inclusa la profilazione, effettuato per analizzare le mie preferenze, abitudini, interessi, al fine di ricevere comunicazioni commerciali personalizzate.

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

c) acconsento al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute per le finalità connesse all'erogazione del servizio.

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Luogo

Data

Firma