

**Mittente**

Nome \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Rif. Polizza \_\_\_\_\_

Spett.le

**WILLBROKER&PARTNERS SRL****Piazza Asti n 4****00182 Roma****Iscrizione al R.U.I.: B000586659****DA RESTITUIRE FIRMATA A:** [info@willbrokerpartners.com](mailto:info@willbrokerpartners.com)**OGGETTO: Modelli 7-A - 7-B e Precontrattuale – Ricevuta del Contraente**

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e art. 35 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (**Modello 7A**)
- copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche (**Modello 7B**)
- la **documentazione precontrattuale** e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti

Data

Firma

**OGGETTO: PRIVACY – Consenso al trattamento dei dati personali**

Preso atto della nota informativa ricevuta ,ai sensi degli articoli 23 e 26 D.Lgs. 30/6/2003 n. 196 e del Reg.UE 679/2016

**Accenso**

- 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 essi adeguati.
- \_\_\_\_\_ **acconsento (\*\*)**

Al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della clientela , informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi della WillBroker&Partners Srl ,nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato

(\*\*) scrivere la parola NON qualora l'interessato non acconsenta

Firma

DATA

**OGGETTO: CONFERIMENTO MANDATO:** Con la presente abbiamo il piacere di confermarVi la Vostra nomina, quale nostro Broker, autorizzato a gestire il nostro pacchetto assicurativo in conformità agli accordi che volta in volta interverranno, nonché a negoziare con le Compagnie di Assicurazione, qualsiasi copertura, modifica e/o disdetta che dovesse rendersi necessaria. Confermiamo il presente mandato, per la gestione in opposizione e/o in esecuzione di tutti i contratti da noi stipulati con i sottoscritti per Vostro conto.

Vi chiediamo di erogarci il servizio attraverso il Vs. account .....

Vi autorizziamo la domiciliazione di tutti i documenti assicurativi presso il vostro studio.

La presente nomina avrà durata annuale e si intende tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo disdetta scritta da una delle parti da comunicarsi a mezzo raccomandata A.R. o fax, con almeno 60 gg di preavviso della scadenza.

DATA

Firma

Ufficio di Roma, Via ...  
Piazza ...  
00188 Roma

\_\_\_\_\_

DA RESTITUIRE FIRMATO A: Ufficio di Roma

OGGETTO: Modello 7-A - 7-B a ricostruzione - Riservata del Consorzio

Il sottoscritto, in nome e per conto del Consorzio, ha ricevuto in data ...  
il documento ...  
e ha provveduto a ...

Firma

Firma

OGGETTO: PRIVACY - Consenso al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto, in qualità di ...  
consento al trattamento dei miei dati personali ...  
per le finalità ...

Firma

Firma

Il sottoscritto, in qualità di ...  
ha autorizzato il trattamento dei miei dati personali ...  
per le finalità ...

Firma

Firma