

## MODULO DI ADESIONE ALLE POLIZZE CONVENZIONE

### A.N.D.I. VENETO ASSICURAZIONI – SOCIETÀ REALE MUTUA ASSICURAZIONI

Sigma Studi Assicurativi SRL - Tel. 0422 36.34.13 - Fax 0422 46.06.79 - e-mail: [info@sigmastudi.it](mailto:info@sigmastudi.it)

DATI CLIENTE/CONTRAENTE	
Il sottoscritto Dott. _____	Data di nascita _____
Via _____	CAP _____ Località _____ ( )
Partita IVA _____	Telefono _____
E-mail _____	PEC _____
Socio A.N.D.I. provincia di _____	Anno Iscrizione albo Medici _____
Laureato in	<input type="radio"/> Medicina e chirurgia <input type="radio"/> Odontoiatria
Tipo inquadramento	<input type="radio"/> Libero professionista <input type="radio"/> Dipendente <input type="radio"/> Specializzando <input type="radio"/> Altro
Tipo di struttura nella quale opera prevalentemente	<input type="radio"/> Ospedale pubblico <input type="radio"/> Ospedale privato <input type="radio"/> Studio privato <input type="radio"/> Altro (poliambulatorio/centro medico)
Svolge l'attività all'interno di una società (NO studio associato) della quale è anche titolare, socio o amministratore? _____	

In qualità di Associato all'ANDI Veneto Assicurazioni dichiara di sottoscrivere le polizze sottoelencate (compilare indicando con una x), alle condizioni di seguito indicate e riportate all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione.

<b>GARANZIA RC PROFESSIONALE (abbinata alla garanzia "base" INFORTUNI CONDUCENTE)</b>	SEMPRE OPERANTE	
<b>GARANZIA FACOLTATIVA INFORTUNI / MALATTIA</b>	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No

## GARANZIA RC PROFESSIONALE

Abbinata alla garanzia "base" INFORTUNI CONDUCENTE

I premi di seguito indicati si intendono comprensivi di Euro 5,00 relativi alla garanzia infortuni conducente.

(Indicare con una X l'opzione prescelta a seconda dell'attività esercitata e del massimale):

### ○ OPZIONE BASE

- Scoperto 10% del danno con il minimo di Euro 250,00 ed il massimo di Euro 2.500,00 per i danni da implantologia;
- Franchigia di Euro 250,00 su tutti i gli altri danni.

ATTIVITÀ ESERCITATA	MASSIMALI E PREMI (in euro)		
	2.000.000,00	3.000.000,00	5.000.000,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 600,00	<input type="radio"/> 660,00	<input type="radio"/> 690,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.100,00	<input type="radio"/> 1.160,00	<input type="radio"/> 1.190,00
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.300,00	<input type="radio"/> 1.430,00	<input type="radio"/> 1.495,00
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.800,00	<input type="radio"/> 1.930,00	<input type="radio"/> 1.995,00

### ○ OPZIONE 1 (alternativa a opzione BASE)

- Franchigia di Euro 3.000,00 su tutti i danni.

ATTIVITÀ ESERCITATA	MASSIMALI E PREMI (in euro)		
	2.000.000,00	3.000.000,00	5.000.000,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 500,00	<input type="radio"/> 550,00	<input type="radio"/> 575,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.000,00	<input type="radio"/> 1.050,00	<input type="radio"/> 1.075,00
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.100,00	<input type="radio"/> 1.210,00	<input type="radio"/> 1.265,00
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.600,00	<input type="radio"/> 1.710,00	<input type="radio"/> 1.765,00

### ○ OPZIONE 2 (alternativa a opzione BASE)

- Franchigia di Euro 5.000,00 su tutti i danni.

ATTIVITÀ ESERCITATA	MASSIMALI E PREMI (in euro)		
	2.000.000,00	3.000.000,00	5.000.000,00
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 450,00	<input type="radio"/> 495,00	<input type="radio"/> 517,50
Odontoiatra che NON effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 950,00	<input type="radio"/> 995,00	<input type="radio"/> 1.017,50
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia SENZA estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 850,00	<input type="radio"/> 935,00	<input type="radio"/> 977,50
Odontoiatra che effettua interventi di implantologia CON estensione alla medicina estetica	<input type="radio"/> 1.350,00	<input type="radio"/> 1.435,00	<input type="radio"/> 1.477,50

## **GARANZIA RC PROFESSIONALE**

SCONTI APPLICABILI AI PREMI INDICATI NELLE PRECEDENTI TABELLE

**Sconto "Neolaureati" (50%)**

Sì

No

**Data conseguimento abilitazione professionale**

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Ai fini dell'applicazione dello sconto il sottoscritto dichiara di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione da non più di 48 mesi.

Lo sconto non è in ogni caso applicato al sovrappremio (pari ad Euro 500,00) previsto per l'estensione di garanzia alla "medicina estetica".

**Sconto copertura "Secondo Rischio" (35%)**

Sì

No

Ai fini dell'applicazione dello sconto il sottoscritto dichiara che per lo stesso rischio ha in corso altra copertura assicurativa stipulata con la Società \_\_\_\_\_ per i seguenti massimali:

Responsabilità Civile Terzi € \_\_\_\_\_ per sinistro,

col limite di € \_\_\_\_\_ per persona e di € \_\_\_\_\_ per danni a cose ed animali.

Responsabilità Civile Operai € \_\_\_\_\_ per sinistro, col limite di € \_\_\_\_\_ per persona.

## **GARANZIA RC PROFESSIONALE**

ESTENSIONI COPERTURA

**Estensione Copertura per direttore sanitario**

Sì

No

**In caso affermativo indicare:**

Denominazione clinica: \_\_\_\_\_

Ultimo fatturato annuo della clinica: Euro \_\_\_\_\_

Sovrappremio lordo annuo Euro 350,00 per incarico presso clinica dentale con fatturato fino a Euro 1.000.000,00

Sovrappremio lordo annuo Euro 500,00 per incarico presso clinica dentale con fatturato oltre a Euro 1.000.000,00

**Estensione Copertura infortuni Conducente**

SEMPRE OPERANTE

Premio annuo **Euro 5,00 già incluso** nella garanzia RC Professionale

Somma Assicurata Morte da Infortunio: **Euro 15.000**

Somma Assicurata Invalidità da Infortunio: **Euro 15.000**

## GARANZIA INFORTUNI / MALATTIA

Abbinata alla garanzia RC PROFESSIONALE ed integrativa alla garanzia "base" INFORTUNI del Conducente

In qualità di Associato all'ANDI Veneto Assicurazioni, avendo aderito alla polizza per la copertura dei rischi R.C. Professionale ed Infortuni Conducente, dichiara di voler aderire alla garanzia facoltativa INFORTUNI / MALATTIA nei termini di seguito indicati:

Per sé

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	TASSO LORDO	PREMIO LORDO
Morte da infortunio		0,75‰	
Invalidità permanente da infortunio Opzione A - Senza franchigia (fino a € 310.000,00)		1,90‰	
Invalidità permanente da infortunio Opzione B – Franchigia Assoluta 5% assorbibile dopo il 14%		0,92‰	
Diaria giornaliera per applicazione apparecchio immobilizzante		0,58 per €	
Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio		10,35 ‰	
Invalidità permanente da malattia		Fino 25 - 1,04‰ da 26 a 30 - 1,15‰ da 31 a 35 - 1,27‰ da 36 a 40 - 1,52‰ da 41 a 45 - 1,68‰ da 46 a 50 - 1,81‰ da 51 a 55 - 1,93‰ da 56 a 60 - 2,53‰ da 61 a 65 - 2,99‰	
<b>TOTALE PREMIO ANNUO LORDO</b>			

Per Familiare di Associato che non svolge attività manuali

Nome e Cognome: \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_

Relazione con l'assicurato: \_\_\_\_\_

GARANZIA	SOMMA ASSICURATA	TASSO LORDO	PREMIO LORDO
Morte da infortunio		0,75‰	
Invalidità permanente da infortunio Senza franchigia (fino a € 310.000,00)		1,04‰	
Diaria giornaliera per applicazione apparecchio immobilizzante		0,58 per €	
Rimborso delle spese mediche a seguito di infortunio		10,35 ‰	
Invalidità permanente da malattia		Fino 25 - 1,04‰ da 26 a 30 - 1,15‰ da 31 a 35 - 1,27‰ da 36 a 40 - 1,52‰ da 41 a 45 - 1,68‰ da 46 a 50 - 1,81‰ da 51 a 55 - 1,93‰ da 56 a 60 - 2,53‰ da 61 a 65 - 2,99‰	
<b>TOTALE PREMIO ANNUO LORDO</b>			

## DICHIARAZIONI

Il Sottoscritto dichiara di aver ricevuto e preso visione delle condizioni generali di assicurazione e delle informative precontrattuali (ALLEGATO 3, ALLEGATO 4 E ALLEGATO 4TER) di cui all'art. 56 comma 8 del regolamento IVASS n. 40/2018, in relazione agli obblighi degli intermediari assicurativi.

FIRMA PER PRESA VISIONE \_\_\_\_\_



N.B. È possibile visionare e scaricare la documentazione sopra riportata accedendo al sito <https://sigmastudi.it/> – sez. [Andi Veneto](#) o presso i locali dell'Associazione.

### GARANZIA RC PROFESSIONALE

**Ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:** Art. 2 (Coesistenza di altre assicurazioni), Art. 4 (Recesso in caso di sinistro), Art. 17 (Delimitazioni), Art. 18 (Inizio e termine della garanzia); Art. 23 (Denuncia dei sinistri RCT); Art. 24 (Denuncia dei sinistri RCO); Art. 27 (Inosservanza degli obblighi relativi ai sinistri).

FIRMA PER APPROVAZIONE \_\_\_\_\_



### GARANZIA INFORTUNI CONDUCENTE

**Ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:** Art. 2.1 (Dichiarazioni dell'Assicurato – aggravamento del rischio); Art. 2.3 (Decorrenza e durata dell'assicurazione); Art. 3.5 (Rischi non assicurati); Art. 3.16 (Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi); Art. 5.4 (Persone non assicurabili); Art. 6.8 (Esclusioni e Variazioni in corso di polizza); Art. 6.10 (Limiti di età); Art. 6.11 (Obblighi in caso di sinistro).

FIRMA PER APPROVAZIONE \_\_\_\_\_



### GARANZIA INFORTUNI / MALATTIA – OPZIONE FACOLTATIVA

**Ai sensi degli artt.1341 e 1342 del Codice Civile l'Assicurato dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione:** Art. 1.1 (Durata del contratto); 1.3 (variazioni); 2.1 (Denuncia dell'infortunio ed obblighi relativi); Art. 2.5 (Limiti di indennizzo per sinistro cumulativo); Art. 3.4 (Rischi non assicurati); 4.2 (Dichiarazioni dell'Assicurato – Aggravamento del rischio); 4.8 (Rischi non assicurati); Art. 4.10 (Attività diverse da quella dichiarata); 6.4 (Persone non assicurabili); 7.7 (Decorrenza della garanzia – Carenze); Art. 7.8 (Esclusioni e variazioni in corso di polizza); 7.9 (Esclusioni e variazioni in corso di polizza); Art. 7.10 (Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione); Art. 7.10 (Limite di età); Art. 7.11 (Obblighi in caso di sinistro).

FIRMA PER APPROVAZIONE \_\_\_\_\_



## MODALITÀ DI CALCOLO E PAGAMENTO DEL PREMIO

### MODALITÀ DI CALCOLO DEL PREMIO

(VALIDA PER LE GARANZIE RC PROFESSIONALE ED INFORTUNI/MALATTIA)

In base alla data di adesione alla presente estensione di garanzia, i premi – computati in base alle precedenti tabelle e agli artt. 8.1, 8.2 e 8.3 delle Condizioni di Assicurazione Infortuni / Malattie – sono dovuti alla Compagnia nei seguenti termini:

- 100% del premio annuo per adesioni entro il 10 dicembre;
- 80% del premio annuo per adesioni dall'11 dicembre al 10 marzo;
- 60% del premio annuo per adesioni dall'11 marzo al 10 giugno;
- 30% del premio annuo per le adesioni avvenute successivamente all'11 giugno.

### MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Il premio di polizza dovrà essere versato su conto corrente bancario intestato a Sigma Studi Assicurativi s.r.l. – Broker di Assicurazioni (Codice IBAN IT 60 S 03104 12001 000000820382) con la seguente causale:

#### **Convenzione ANDI Veneto Assicurazioni – Nome e Cognome**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui il pagamento del premio viene effettuato a SIGMA Studi Assicurativi s.r.l. – Broker di Assicurazioni, fermo restando che la validità della garanzia non potrà essere in alcun caso anteriore alla data di decorrenza della Convenzione.

La garanzia infortuni/malattia facoltativa cesserà, senza alcun obbligo di disdetta, alle ore 24.00 del prossimo 10 settembre indipendentemente dalla data di adesione alla Convenzione.

**FIRMA PER ADESIONE**

\_\_\_\_\_



## QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DELL'ADERENTE

Ai sensi dell'art. 58 del Regolamento IVASS n. 40/2018

### AVVERTENZA PRELIMINARE

Gli intermediari assicurativi hanno l'obbligo di proporre esclusivamente polizze coerenti con le richieste e le esigenze assicurative dell'Aderente. Si rende, quindi, indispensabile l'assunzione di alcune informazioni, in assenza delle quali sarebbe impossibile adempiere a tale obbligo.

#### Premesso che:

- la polizza RC Professionale e la polizza Infortuni e Malattia - riservate ai soli associati dell'associazione ANDI VENETO - sono il frutto di uno studio effettuato da una commissione tecnica istituita da ANDI Veneto allo scopo di confezionare dei prodotti assicurativi adeguati alle esigenze specifiche di tutti gli odontoiatri iscritti all'associazione e operanti in libera professione e/o alle dipendenze di strutture pubbliche o private;
- sulla scorta dell'esperienza maturata nella gestione di oltre 1.500 sinistri in seno alla convenzione e in conseguenza alle modifiche intervenute a livello legislativo, in particolar modo ordine alla responsabilità civile in area sanitaria, le polizze sono costantemente aggiornate al fine di ottenere un prodotto sempre all'avanguardia in relazione alle esigenze della categoria;

ci sono nel Suo caso esigenze specifiche particolari delle quali dobbiamo tener conto prima della stipula del contratto?

Sì

No

Se Sì, indicare quali

---

---

---

---

Inoltre:

È consapevole che le polizze offerte prevedono limiti di indennizzo, limiti di operatività ed esclusioni, evidenziati in apposite sezioni della polizza convenzione RC n. 12/03/2147383 e della polizza convenzione Infortuni n. 12/05/2371340 (Polizza RC in particolare artt. 18,19,27 delle Condizioni di assicurazione e Polizza Infortuni in particolare artt. 3.4,4.8,7.8 e 7.10) di cui ha dichiarato di aver preso visione con la sottoscrizione del presente modulo?

Sì

No

Ha compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa?

Sì

No

A completamento di quanto sopra indicato, Le segnaliamo che all'interno del sito accedendo al sito <https://sigmastudi.it/> - sez. [Andi Veneto](#) oltre a tutta la documentazione informativa, contrattuale e precontrattuale può trovare delle schede di sintesi riportanti le principali caratteristiche delle coperture assicurative di cui al presente modulo di adesione, nonché dei video ulteriormente esplicativi.

Consigliamo ad ogni modo di richiederci maggiori e ulteriori informazioni se i contenuti dell'offerta non fossero sufficientemente chiari.

FIRMA DELL'ADERENTE

---




## **DICHIARAZIONE DI COERENZA**

Ai sensi dell'art. 58 comma 4-bis del Regolamento IVASS n. 40/2018

Qualora NON siano state segnalate particolari esigenze specifiche nel questionario di cui sopra, l'intermediario conferma che la copertura assicurativa che Lei intende sottoscrivere è coerente con le Sue richieste ed esigenze assicurative in quanto odontoiatra associato all'Associazione ANDI Veneto.

Firma dell'intermediario



### **ATTENZIONE**

**Qualora SIANO state segnalate particolari esigenze specifiche nel questionario di cui sopra, non si potrà procedere con l'adesione alla polizza richiesta fintanto che le richieste ed esigenze manifestate non saranno opportunamente valutate.**

**Conseguentemente, la dichiarazione di coerenza sopra riportata non deve ritenersi valida.**



## **INFORMATIVA PER CONTRAENTI E ASSICURATI**

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento (ue) n. 2016/679

- 1. Origine e trattamento dei dati personali per finalità assicurative** - La informiamo che i dati personali, eventualmente anche relativi alla sua salute, biometrici, genetici o giudiziari, che la riguardano e che saranno tratti da sue comunicazioni o altrimenti reperiti (da fonti pubbliche, sul web o da soggetti terzi, come società di informazione commerciale e creditizia o di servizi, tramite banche dati, elenchi tematici o settoriali), saranno trattati dalla Società Reale Mutua di Assicurazioni, al fine di fornirle al meglio i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti, ovvero per poter soddisfare, nell'ambito degli obblighi contrattuali, le sue richieste in qualità di terzo danneggiato (in particolare per consentire la gestione amministrativa e contabile del rapporto contrattuale, la liquidazione delle prestazioni contrattuali, la liquidazione dei sinistri o i pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), per esigenze di gestione e controllo interno alla Società, per attività statistiche, per prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e attivare le relative indagini e azioni legali, per assolvere obblighi di legge.
- 2. Base giuridica del trattamento** - In relazione alla finalità assicurativa sopra descritta, la base giuridica che legittima il trattamento è costituita dall'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o è beneficiario o dall'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dell'interessato. Con riferimento al trattamento di dati relativi alla salute, biometrici, genetici o giudiziari, la base giuridica del trattamento è costituita dal consenso esplicito dell'interessato. Tale consenso viene espresso dall'interessato, apponendo la sua firma nell'apposito riquadro in calce al presente modulo. Il trattamento dei dati avverrà, in ogni caso, strettamente in linea con le finalità di cui al punto 1, anche quando effettuato da parte di soggetti terzi di cui al successivo punto 3.
- 3. Modalità di trattamento dei dati personali e durata** - I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, che comportano anche l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati nonché l'impiego di algoritmi dedicati, necessarie per fornirle i servizi e/o i prodotti assicurativi da lei richiesti o in suo favore previsti. Nella nostra Società i dati saranno trattati da dipendenti e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, sempre e solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate nella presente informativa e in osservanza alle disposizioni di legge vigenti. Per taluni servizi, inoltre, la Società potrà avvalersi di soggetti terzi che svolgeranno, per conto e secondo le istruzioni della Società ed eventualmente anche dall'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa. I dati saranno conservati per un periodo di tempo compatibile con l'assolvimento degli obblighi di legge e di quelli contrattuali, di norma per dieci anni dalla cessazione del rapporto con l'interessato.
- 4. Comunicazione dei dati a soggetti terzi** - I suoi dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati, o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - anche come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa". L'elenco dei soggetti ai quali potranno essere comunicati i dati personali, nell'ambito di tale "catena assicurativa", è consultabile nel sito internet della Società [www.realemutua.it](http://www.realemutua.it). I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati, per finalità amministrative e contabili, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo. I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione.
- 5. Trasferimento dei dati all'estero** - I suoi dati personali potranno essere trasferiti in Paesi al di fuori dell'Unione Europea e dell'European Economic Area (EEA), sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa e nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti. In tale eventualità il trasferimento avverrà sulla base delle ipotesi previste dalla vigente normativa, tra cui l'utilizzo di regole aziendali vincolanti (cd. BCR – Binding Corporate Rules), l'applicazione di clausole contrattuali standard definite dalla Commissione Europea o a seguito di un giudizio preventivo di adeguatezza del sistema di protezione dei dati personali del Paese importatore dei dati.
- 6. Diritti dell'interessato (artt. 12-23 del Regolamento)** - Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali siano i suoi dati presso la nostra Società, la loro origine e come vengano trattati; ha inoltre il diritto, se ne ricorrano i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di riceverne copia in un formato strutturato, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento secondo le modalità previste dal Regolamento UE e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Ha altresì diritto, quando ricorrano i presupposti, di rivolgersi all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali.
- 7. Titolare del trattamento** - Il Titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino.

**Consenso facoltativo**

La Società può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 della presente informativa.

Sono finalità connesse, ma non indispensabili, ai fini dell'esecuzione di quanto da lei richiesto e contrattualmente previsto, in particolare per poterla aggiornare sulle nuove proposte commerciali e per conoscere il suo personale gradimento o le sue aspettative rispetto alla qualità dei servizi assicurativi ricevuti o che potrebbe ricevere.

Per questo motivo, la Società le chiede di esprimere facoltativamente il suo consenso al trattamento dei suoi dati con riferimento a specifiche finalità e alla stregua di distinte modalità di comunicazione sotto indicate, apponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un sì o da un no per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte della nostra Società:

tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No
tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> No

**EMAIL**

**CELLULARE**

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Nome e cognome (in stampatello)\_\_\_\_\_

**FIRMA**\_\_\_\_\_

