

Dichiarazione di presa visione dell'Informativa e di Consenso al Trattamento dei Dati Personali, ex artt. 7, 13 e 14, Reg. UE 2016/679 e D. Lgs. 101/2018

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nato/a a _____, il __/__/____, e residente a _____ in Via _____, in qualità di soggetto interessato dal Trattamento dei dati personali, ex art. 3, Reg. UE 2016/679, oppure

Il/La sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____, nella sua funzione di _____ del/della (Denominazione Sociale) _____, con sede in _____, alla Via _____, P. IVA _____, soggetto interessato dal Trattamento dei dati personali, ex art. 3, Reg. UE 2016/679,

DICHIARA

Di aver ricevuto da parte del Titolare del Trattamento, **GAVA BROKER S.r.l.**, per il **Trattamento dati per Polizze Professionisti area Sanitaria (Medici, Biologi, altre Professioni non mediche, etc.)**, l'Informativa, ex artt. 13-14, Reg. UE 2016/679, inerente il Trattamento dei propri dati personali, per le finalità indicate nell'Informativa medesima ed:

- 1) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di invio di materiale informativo/pubblicitario;**

- 2) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Attività di promozione di prodotti assicurativi;**

- 3) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, per la finalità di **Promozione dei prodotti mediante invio di e-mail;**

- 4) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, classificati dall'art. 9 del Regolamento come "particolari categorie di dati", e, nello specifico, le **Informazioni relative alle abitudini di vita (fumo, alcool, sport, ecc.)**, per le finalità di:

- a) **Attività di rilascio di preventivi;**
- b) **Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza;**
- c) **Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri.**

- 5) **esprime il proprio consenso** **nega il proprio consenso**

al Trattamento dei propri dati, classificati dall'art. 9 del Regolamento come "particolari categorie di dati" e, nello specifico, le **Informazioni sullo stato fisico (peso, altezza, disturbi uditivi e visivi, ecc.) e di salute (patologie, infortuni, ecc.)**, per le finalità di:

- a) **Attività di rilascio di preventivi;**
- b) **Valutazione della eleggibilità per concedere la polizza;**
- c) **Conclusione, gestione, esecuzione del contratto di assicurazione e liquidazione sinistri.**

Luogo e Data _____

L'Interessato _____