

VOLPACK - TARIFFE APPLICATE DAL 1 GENNAIO 2017 AL 31 DICEMBRE 2017

LA PRESENTE TABELLA CON LA SELEZIONE DELL'OPZIONE DEVE ESSERE INVIATA A VERSPIEREN, CONGIUNTAMENTE ALLA MODULISTICA E COPIA DEL BONIFICO

	Massimali	Premi Lordi	Selezione
MONO			
Responsabilità Civile Terzi	1.600.000 €	35,83 €	<input type="checkbox"/>
Responsabilità Civile Terzi	2.000.000 €	39,42 €	<input type="checkbox"/>
MONO+TANDEM (BIPOSTO ECCEPPO USI PROFESSIONALI)			
Responsabilità Civile Terzi e Passeggeri	1.600.000 €	179,17 €	<input type="checkbox"/>
Responsabilità Civile Terzi e Passeggeri	2.000.000 €	197,08 €	<input type="checkbox"/>
MONO+TANDEM+PROFESSIONALE (INCLUSO ISTRUTTORI, AIUTO.ISTRUTTORI, ESAMINATORI APPROVATI DALLA SCUOLA)			
Responsabilità Civile Terzi e Passeggeri	1.600.000 €	203,06 €	<input type="checkbox"/>
Responsabilità Civile Terzi e Passeggeri	2.000.000 €	223,36 €	<input type="checkbox"/>
INFORTUNI NOMINATAVI PILOTA/ALLIEVO			
Morte/Invalidità Permanente + Elisoccorso 7.500 € - Spese Mediche 1.600 €	16.000 €	53,53 €	<input type="checkbox"/>
Morte/Invalidità Permanente + Elisoccorso 7.500 € - Spese Mediche 1.600 €	50.000 €	153,75 €	<input type="checkbox"/>
INFORTUNI PASSEGGERO ANONIMO			
Morte/Invalidità Permanente + Spese Mediche 1.600 €	16.000 €	79,72 €	<input type="checkbox"/>
ASSISTENZA SANITARIA REALE MUTUA			
Opzione Premium (nr. 2)	vedi CGA	19,00 €	<input type="checkbox"/>
LA MODULISTICA REALE MUTUA DEVE ESSERE COMPILATA SOLO SE SI SCEGLIE L'OPZIONE ASSISTENZA SANITARIA			

	Massimali	Premi Lordi	Selezione
MONO			
Responsabilità Civile Terzi	1.600.000 €	87,43 €	<input type="checkbox"/>
Infortunio del Pilota	16.000 €		
Assistenza Sanitaria Reale Mutua - Opzione Light (nr. 1)	vedi CGA		
Responsabilità Civile Terzi	2.000.000 €	90,65 €	<input type="checkbox"/>
Infortunio del Pilota	16.000 €		
Assistenza Sanitaria Reale Mutua - Opzione Light (nr. 1)	vedi CGA		
MONO+TANDEM (BIPOSTO ECCEPPO USI PROFESSIONALI)			
Responsabilità Civile Terzi e Passeggeri	1.600.000 €	216,43 €	<input type="checkbox"/>
Infortunio del Pilota	16.000 €		
Assistenza Sanitaria Reale Mutua - Opzione Light (nr. 1)	vedi CGA		
Responsabilità Civile Terzi e Passeggeri	2.000.000 €	232,55 €	<input type="checkbox"/>
Infortunio del Pilota	16.000 €		
Assistenza Sanitaria Reale Mutua - Opzione Light (nr. 1)	vedi CGA		
MONO+TANDEM+PROFESSIONALE (INCLUSO ISTRUTTORI, AIUTO.ISTRUTTORI, ESAMINATORI APPROVATI DALLA SCUOLA)			
Responsabilità Civile Terzi e Passeggeri	1.600.000 €	237,93 €	<input type="checkbox"/>
Infortunio del Pilota	16.000 €		
Assistenza Sanitaria Reale Mutua - Opzione Light (nr. 1)	vedi CGA		
Responsabilità Civile Terzi e Passeggeri	2.000.000 €	256,20 €	<input type="checkbox"/>
Infortunio del Pilota	16.000 €		
Assistenza Sanitaria Reale Mutua - Opzione Light (nr. 1)	vedi CGA		
LE OPZIONI COMBinate INCLUDONO LA COPERTURA ASSISTENZA SANITARIA DI REALE MUTUA PER LA QUALE DEVE ESSERE COMPILATA LA RELATIVA MODULISTICA INDICANDO (OPZIONE NR. 1)			

DA INVIARE FIRMATO

TOTALE		+ 5 €
---------------	--	--------------

NB 5 € sono un compenso per presentazione prod. assicurativo esente da fatt art.36 bis DPR 633/1972

Spedire a:

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

Comune:

Provincia:

Codice Fiscale:

Data di nascita:

Telefono:

Tipo Attestato:

Membro Scuola - Club:

Nome e indirizzo del Club - Scuola:

Beneficiari della polizza infortuni: Eredi Altri:

CAP:

Nazionalità:

Email:

sì no Principali attività praticate: Parapendio DeltaplanoA_Allievo PM_Pilota Monoposto PT_Pilota Tandem L_Istruttore - Aiuto Istruttore - Professionista AT_Atleti per competizioni e gare

Le condizioni di polizza e l'informativa
precontrattuale sono pubblicate sul sito
www.verspieren.it



LA DURATA DELLE COPERTURE E' DI 12 MESI. SENZA TACITO RINNOVO. AD OGNI RINNOVO
DELLE COPERTURE E' NECESSARIO RICOMBIARE LA RICHIESTA DI COPERTURA.

EFFETTO COPERTURE DALLE ORE 24,00 DEL _____

MODULO ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA**Contraente:** VERSPIEREN ITALIA**Rami:** AVIABEL: Responsabilità Civile ed Infortuni REALE MUTUA: Assistenza Sanitaria **N° Polizze:** AVIABEL: 14.012.940 - REALE MUTUA 2016/10/2916163

L'Aderente dichiara di voler ricevere e trasmettere la documentazione su supporto durevole (file in formato pdf a mezzo e-mail) non cartaceo.

Solo qualora si desiderasse ricevere la documentazione su supporto cartaceo (a mezzo fax o posta), è necessario barrare la casella corrispondente alla categoria documentale di interesse.

- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente supporto cartaceo (a mezzo fax o posta)
- la polizza per l'apposizione della relativa sottoscrizione supporto cartaceo (a mezzo fax o posta)
- le comunicazioni previste dalla normativa vigente nel corso dell'assicurazione supporto cartaceo (a mezzo fax o posta)

Attenzione in caso di scelta del supporto cartaceo, è opportuno contattare telefonicamente Verspieren, affinché provveda all'invio della documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo prima della sottoscrizione dell'adesione.

L'Aderente, che ha provveduto a consultare la documentazione sul sito Verspieren, dichiara inoltre, in ottemperanza a quanto previsto all'art. 49 del Regolamento IVASS n. 5 del 16/10/2006 e successive modifiche e/o integrazioni, di avere ricevuto/consultato prima dell'adesione alle polizze collettive:

- il modello unico di informativa precontrattuale sezioni A e B;
- la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti;
- di aver preso nota che l'elenco delle Imprese e Agenzie di assicurazione con le quali VERSPIEREN ITALIA SRL, ha in essere o meno autorizzazioni ai sensi dell'art. 55 del regolamento IVASS n. 5/2006, è disponibile su richiesta.

L'Aderente dichiara di conoscere le condizioni di polizza integrali, la nota informativa mod. 7A/7B, nonché quella relativa al trattamento dei dati sensibili ex D.Lgs 196/2003. Inoltre dichiara di aver ricevuto tutte le informazioni necessarie per valutare l'adeguatezza del contratto.

DA INVIARE FIRMATO

Luogo, Data

Firma (Firma dei genitori per minorenni)

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO ASSICURATIVO OFFERTO

Ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs. n. 206 – 2005, sulla base di quanto disposto all'art. 52 del regolamento IVASS n. 2006

Dati anagrafici dell'Aderente:

Cognome e Nome:
Località/Provincia/Cap:
Codice Fiscale/Partita IVA:

Occupazione:

L'esigenza assicurativa deriva da: Obbligo di legge: Si () No ()

E' consapevole che la copertura assicurativa prevede contrattualmente

Esclusioni e/o limitazioni Si () Scoperti e/o franchigie Si ()
Possibilità di rivalsa da parte dell'assicuratore Si ()

SEZIONE DANNI

Cosa intende assicurare

Oneri derivanti da contenziosi legali Si ()No () La propria persona e/o familiari e/o altri Si ()No ()
Il proprio patrimonio per richieste di risarcimento per danni a terzi Si ()No ()
Obbligazioni nei confronti di terzi Si ()No ()

Le aree di cui al punto precedente sono già protette da altre polizze Si ()No ()

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE. (da sottoscrivere qualora non si voglia fornire risposta alle domande riportate nel presente questionario/proposta) Io sottoscritto dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative. Acconsento inoltre al trattamento e all'eventuale trasferimento all'estero dei nostri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data _____ L'Assicurato _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE NON ADEGUATEZZA. Io sottoscritto intermediario dichiara di aver informato il Contraente dei principali motivi di seguito riportati, per i quali sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle sue esigenze assicurative. Motivo principale di non adeguatezza: _____

Data _____ L'intermediario _____

DICHIARAZIONE DI VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI ADEGUATEZZA. In considerazione delle informazioni raccolte dall'intermediario, ai sensi dell'art. 52 del Regolamento IVASS n. 5 del 16 ottobre 2006, il sottoscritto dichiara di essere stato messo al corrente delle caratteristiche, della copertura e pertanto ritiene il contratto proposto adeguato alle proprie esigenze assicurative. Acconsento inoltre al trattamento e all'eventuale trasferimento all'estero dei nostri dati personali ad opera dei soggetti indicati nella

predetta informativa e nei limiti di cui alla stessa ai sensi del D.Lgs. 196/2003.

Data..... L'Assicurato.....

DA INVIARE FIRMATO

Spett.
Verspieren Italia S.r.l.
Via Fara, 35
20124 MILANO

OGGETTO: MANDATO PER LA GESTIONE DELLE COPERTURE ASSICURATIVE

Con la presente Vi affido l'incarico di amministrare in via esclusiva le mie coperture sul volo da diporto o sportivo, autorizzandovi ad intrattenere, nel mio interesse, tutti i rapporti con il mercato assicurativo e a negoziare con lo stesso le coperture, le modifiche ed in generale qualsiasi altro atto che dovesse rendersi necessario.

Rimane inteso che:

- Vi assumerete l'onere della gestione dei rapporti con le Compagnie di Assicurazione per il rimborso dei nostri sinistri;
- ogni operazione amministrativa dovrà essere regolata tramite Vostro;
- provvederete ad inviare alle Compagnie di Assicurazione i premi da noi versativi.

Resta ferma la mia piena libertà di accettare o meno la stipulazione delle polizze e la liquidazione dei sinistri che ci verranno da Voi proposti.

Il presente mandato ha una durata annuale con effetto odierno e deve intendersi conferito anche nell'interesse del mandatario.

Si dichiara di aver ricevuto e di conoscere la nota informativa mod. 7A, nonché quella relativa al trattamento dei dati sensibili ex D.Lgs 196/2003 autorizzandovi al trattamento dei dati per le sole finalità connesse all'espletamento del presente incarico.

Ringraziandovi in anticipo per la Vostra collaborazione, Vi porgo cordiali saluti.

Luogo: _____ Data: _____

Firma del contraente

DA INVIARE FIRMATO

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI

Preso atto dell'informativa che ci è stata fornita ai sensi del Codice della Privacy di cui sopra,

acconsento / acconsentiamo

al trattamento dei dati personali comuni che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la società di intermediazione;

alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 6. a) e b) della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1 lettera a) e b), della medesima informativa o obbligatori per legge;

al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 8 della predetta informativa con finalità di cui al punto 1. a) e b).

DATI SENSIBILI

Per quanto riguarda il trattamento di dati "sensibili", eventualmente acquisiti dalla Società per l'esecuzione delle operazioni e dei contratti indicati a titolo puramente esemplificativo e non esaustivo al punto 2. della predetta informativa, sempre nei limiti in cui esso sia strumentale alla specifica finalità perseguita dall'operazione o dai servizi da me/noi richiesti e il loro eventuale trasferimento all'estero.

Acconsento/acconsentiamo

Non acconsento/acconsentiamo

PRODOTTI E SERVIZI DELLA SOCIETA' E DI SOCIETA' FACENTI PARTE DEL GRUPPO

Per quanto riguarda l'invio da parte della Società o da parte di società del gruppo di appartenenza di informazioni o materiale pubblicitario riguardante prodotti o servizi della Società stessa e delle società del gruppo o di compagnie di assicurazione o di altre società.

Acconsento/acconsentiamo

Non acconsento/acconsentiamo

RICERCA DI MERCATO E VERIFICA QUALITA' DEL SERVIZIO OFFERTO

Per quanto riguarda la comunicazione da parte della Società o da parte di società del gruppo di appartenenza dei miei/nostri dati a società di ricerche di mercato e indagine al fine di verificare la qualità dei servizi e prodotti erogati dalla Società nonché in merito alla soddisfazione dei Clienti e il loro eventuale trasferimento all'estero.

Acconsento/acconsentiamo

Non acconsento/acconsentiamo

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

Luogo e data,

Nome e Cognome dell'Interessato,

TIMBRO E FIRMA

.....

.....

.....



DA INVIARE FIRMATO

AGENZIA REALE MUTUA: GERENZA DI MILANO 299

POLIZZA N. 2016/10/2916163

MODULO DI ADESIONE

Contraente:

VERSPIEREN ITALIA S.R.L.

Via G. Fara 35, ▪ Cap 20124 Milano ▪ e-mail: info@verspieren.it

C.F. e P.IVA N°05637230961 – Reg. Imprese 1964504 – RUI .n. B000323054

www.verspieren.it

Denominazione dell'impresa

Società Reale Mutua di Assicurazioni – Forma giuridica: Società Mutua assicuratrice.
Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.
Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).
Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966.
Sito internet: www.realemutua.it.
E-mail: buongiorno reale@realemutua.it - gerenza.milano@pec.realemutua.it
buongiorno reale@realemutua.it **dato societari in calce (comprensivi di pec)**

Il sottoscritto:

_____, nato a _____ il ____/____/____ e
residente a _____ Prov. _____ in via/piazza _____ N. _____

dichiara di aver ricevuto e aver preso visione delle Condizioni di Assicurazione della polizza Convenzione
"Assistenza Sanitaria" ed. 2016.

Il sottoscritto dichiara di aderire alla soluzione assicurativa n..... sotto indicata, con effetto dal.....

DURATA COPERTURA 1 ANNO			
Garanzia	Premio Lordo unitario	Premio Imponibile	Imposte
1) Assistenza Sanitaria Opzione Light	€ 7,00	€ 6,36	€ 0,64
2) Assistenza Sanitaria Opzione Premium	€ 19,00	€ 17,27	€ 1,73

Il premio assicurativo e la durata della copertura risultano dal quadro riepilogativo sopra riportato.

_____, li _____

L'ASSICURATO

Conclusione del contratto, modalità di pagamento del premio e decorrenza della copertura assicurativa

Il contratto si conclude con il pagamento del premio, corrisposto a mezzo bonifico bancario su conto corrente indicato da Verspieren.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel presente modulo di adesione, purchè sia stato pagato il relativo premio, ed ha durata pari ad anni 1, fermo restando che la validità della garanzia non potrà essere in alcun caso anteriore alla data di decorrenza della polizza Convenzione; ogni singola adesione ha durata annuale e cessa alla scadenza prevista.

Successivamente l'Intermediario invierà all'Aderente alla polizza Convenzione, il modulo di adesione che, con la firma e la numerazione progressiva della Società Reale Mutua di Assicurazioni, costituisce CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE.

_____, li _____

L'ASSICURATO

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: Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio; Pagamento del premio ed effetto dell'assicurazione; Altre assicurazioni; Durata del contratto; Oneri fiscali; Art. 4.1 (Modalità per la richiesta di assistenza); Art. 4.2 (Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro); Art. 4.3 (Mancato utilizzo delle prestazioni); – Art. 4.4 (Rimborso per prestazioni indebitamente ottenute).

_____, li _____

L'ASSICURATO

Le Condizioni di Assicurazione e le informazioni sulla procedura di erogazione delle prestazioni assicurate sono messe a disposizione da parte del Contraente sul sito www.verspieren.it.

Cognome e Nome / Ragione sociale



Codice Fiscale / P.Iva

Cod. Ag.

Cod. Sub.

Informativa per Contraenti e Assicurati ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. n. 196/2003

1. Trattamento dei dati personali per finalità assicurative - La informiamo che i dati personali che La riguardano richiesti o acquisiti, eventualmente anche sensibili e/o giudiziari, saranno trattati dalla Società Reale Mutua Assicurazioni al fine di fornirLe 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, liquidazione delle prestazioni contrattuali, liquidazione dei sinistri o pagamenti/rimborsi di altre prestazioni), nonché per assolvere obblighi di legge.

2. Modalità di trattamento dei dati personali - I dati saranno trattati dalla nostra Società - Titolare del trattamento - con modalità e procedure, anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati, 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 tutti i dipendenti e collaboratori, in qualità di Responsabili o di Incaricati, 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 si potrà avvalere di soggetti terzi che svolgono per conto e secondo le istruzioni della Società stessa, in Italia o all'estero, attività di natura tecnica, organizzativa e operativa.

3. 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. I dati personali acquisiti non saranno soggetti a diffusione. I suoi dati personali, inoltre, potranno essere comunicati per le finalità amministrativo contabili, come definite all'art. 34, comma 1-ter del D.Lgs. 196/2003, a società controllanti, controllate o collegate ai sensi dell'art. 2359 c.c. (situate anche all'estero) ovvero a società sottoposte a comune controllo.

4. Trasferimento dei dati all'estero - I dati personali potranno essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea sempre nell'ambito delle finalità indicate nella presente informativa.

5. Diritti dell'interessato - (art. 7 del D.Lgs. 196/2003) - 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 ricorrono i presupposti di legge, di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco e di opporsi in ogni momento al loro trattamento, secondo le modalità previste dall'art. 9 del D.Lgs. 196/2003 e di ricevere tempestivo riscontro in proposito. Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per assumere informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza non esiti a rivolgersi al nostro Servizio Buongiorno Reale - Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino - Numero Verde 800 320320 - E-mail: buongiornoreale@realemutua.it

6. Titolare e Responsabili del trattamento - Il titolare del trattamento è la Società Reale Mutua Assicurazioni - Via Corte d'Appello, 11 - Torino. L'elenco aggiornato dei Responsabili interni del trattamento è reperibile nel sito internet della Società www.realemutua.it

Consenso necessario

Il sottoscritto presta il suo consenso, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei suoi dati personali per l'esecuzione dei servizi richiesti e per le finalità assicurative di cui al punto 1 dell'informativa. Tale consenso è indispensabile e senza di esso non sarà possibile dare seguito a quanto richiesto e contrattualmente previsto.

Consensi facoltativi

La Compagnia può ricorrere al trattamento dei suoi dati personali anche per finalità diverse da quelle di cui al punto 1 dell'informativa. Si tratta di finalità connesse ma non indispensabili ai fini dell'esecuzione di quanto da Lei richiesto e contrattualmente previsto. Per questo motivo, la Compagnia Le chiede di esprimere facoltativamente il suo consenso al trattamento dei suoi dati con riferimento a specifiche finalità e alla stregua di distinte modalità sotto indicate, apponendo un segno sulle caselle contraddistinte da un sì o da un no.



Cognome e Nome / Ragione sociale

Codice Fiscale / P.Iva

Cod. Ag.

Cod. Sub.

a) **per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte della Compagnia:**

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

b) **per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte delle Società del Gruppo Reale Mutua:**

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

c) **per ricevere materiale pubblicitario e/o informativo per finalità commerciali, promozionali e offerte speciali da parte di partner commerciali delle Società del Gruppo Reale Mutua:**

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

d) **per partecipare a rilevazioni della qualità di servizi, elaborazione di studi, indagini statistiche e ricerche di mercato, effettuati da soggetti terzi per conto della Compagnia:**

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

e) **per partecipare a concorsi e operazioni a premio:**

- tramite telefono con operatore e/o posta ordinaria
- tramite strumenti elettronici (e-mail, messaggi tipo Mms o Sms, etc.)

SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>

f) **per il compimento di attività di collocamento di servizi on line:**

SI'	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	----	--------------------------

E-mail

@ .

Cellulare

Firma

Data

/ /