Spett.le
AXIO INSURANCE BROKER S.R.L.
VIA O. GUERRINI 21
00137 – ROMA

_____
Nome/Cognome/Rag.Sociale

_____
Indirizzo

_____
CAP/Città/Prov.

_____
C.F./P.Iva

_____
Tel./Cell.

_____
Email

_____
Codice univoco/PEC per fatturazione

OGGETTO: Mandato di brokeraggio assicurativo generale esclusivo

Preso atto che la Vostra Società è iscritta alla Sezione B del registro Unico Intermediari di Assicurazione (D.Lgs. N. 209/2005) al numero B000745327, con la presente abbiamo il piacere di confermarvi la nomina quale nostre Broker esclusivo con l'incarico di rappresentarci ed assisterci in tutto ciò che concerne le esigenze e coperture assicurative.
Siete pertanto autorizzati a trattare, per nostro conto con le compagnie di assicurazioni sia in ordine alle necessità assicurative che vi rappresenteremo, sia in relazione alle coperture che riterrete opportuno consigliarci e per le quali, in seguito al nostro assenso, ci assisterete nella progettazione, stesura, stipula, rinnovo, modifica o disdetta delle relative polizze.
Per quanto concerne le polizze attualmente in essere, vogliate prendere contatti con le compagnie interessate informando le stesse che vi abbiamo affidato l'amministrazione e la gestione dei contratti sopra descritti, con ciò intendendosi:

- Che verificherete tali polizze e ne curerete le modifiche, concordando, ove possibile, condizioni di miglior favore, i rinnovi e le eventuali disdette;
- Che controllerete amministrativamente le scadenze, stabilendo con le compagnie interessate le più opportune intese affinché il pagamento dei premi avvenga il vostro tramite;
- Che vi occuperete della gestione degli eventuali sinistri, dalla loro insorgenza sino alla definizione degli stessi.

Il presente mandato potrà essere eseguito tramite società del gruppo o collegate a AXIO Insurance Broker s.r.l., ha durata biennale e si rinnoverà tacitamente di anno in anno, salvo che non venga disdetto con lettera raccomandata inviata al destinatario con almeno due mesi di preavviso.

Luogo e data_____ Firma _____

Dichiarazioni di Consenso al trattamento dei dati personali

Io sottoscritto, dopo aver letto l'Informativa Privacy redatta da AXIO Insurance Broker s.r.l. in qualità di Titolare del trattamento, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (relativo alla protezione ed al trattamento dei dati personali) e della quale confermo ricezione

_____acconsento (**) al trattamento dei dati personali per finalità strettamente connesse all' esecuzione del contratto assicurativo sottoscritto, derivanti da obblighi di leggi, regolamenti o normative vigenti. Resta inteso che in caso di negazione del consenso non sarà possibile finalizzare il rapporto contrattuale.

_____acconsento (**) al trattamento dei dati personali per la valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguate;

_____acconsento (**) al trattamento dei dati personali e, in particolare, dei miei recapiti anche a Società facenti parte del Gruppo (email, numero cellulare, numero telefono fisso, pec) per finalità di promozione commerciale cosi come dettagliate nell'informativa privacy a cui si rimanda;

_____acconsento (**) al trattamento dei dati personali per finalità di indagini sul gradimento circa la qualità di prodotti e servizi già acquistati e di ricerche di mercato;

_____acconsento (**) al trattamento dei dati personali per finalità relative all'invio da parte del Titolare o da parte di società del gruppo di appartenenza di informazioni e materiale pubblicitario riguardante prodotti o servizi professionali del titolare stesso o delle altre società del Gruppo;

Data____/___/_____Firma_____

Tutte le autorizzazioni su rilasciate potranno essere revocate in ogni momento a mezzo lettera raccomandata A.R. scrivendo all' indirizzo: WISE Insurance Broker S.R.L, Via Olindo Guerrini 2100137 Roma (RM), ovvero a mezzo pec a: info@pec.axiogroup.eu. La revoca avrà effetto dal giorno successivo a quello di ricevimento. L' informativa sul trattamento dei dati personali è disponibile sul sito: www.axiogroup.eu

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

DICHIARAZIONI DELL'ADERENTE/ASSICURATO/CONTRAENTE

Il sottoscritto_____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | |

Dichiaro di aver ricevuto la documentazione precontrattuale ai sensi dell'art. 56 Reg. IVASS n. 40/2018.
Dichiaro, inoltre, di aver ricevuto informazioni chiare e compatibili sul prodotto offerto di cui sono state dettagliatamente illustrate la durata, i costi, i limiti ed ogni altro elemento utile ad una decisione informata.

Luogo e data_____ Firma _____