

Egr. Cliente,

questa e-mail Le viene inviata in merito alla gestione dei suoi dati all'interno della nostra banca dati che permette di poter accedere ai nostri servizi di brokeraggio assicurativo.

In osservanza al Regolamento europeo sulla protezione dei dati (Reg. UE 2016/679 GDPR) la nostra informativa sul trattamento dati, descrive il modo in cui raccogliamo, usiamo, trasferiamo e memorizziamo le Sue informazioni.

Ci siamo dotati di procedure in linea con le normative europee ed italiane, garantendo ai nostri clienti tutti i diritti identificati negli artt. da 15 a 22 del Regolamento (riportati integralmente nella ns informativa). La nostra Informativa sulla protezione del trattamento dati è visionabile su [www.ecclesiageas.it](http://www.ecclesiageas.it)

**E' importante che ci inoltri l'allegato firmato e possibilmente anche timbrato con la scelta delle opzioni in esso riportate per il trattamento dei dati, altrimenti non potremo erogare i nostri servizi.**

Ci teniamo a restare in contatto, sia per poterLe inviare comunicazioni tecniche relative ai servizi erogati dalla Ecclesia Geas Sanità S.r.l., sia per aggiornarLa su novità di prodotto, promozioni e iniziative.

In qualsiasi momento a conclusione del periodo contrattuale, potrà cancellarsi, modificare, limitare il tipo di trattamento scrivendo a [reclami@ecclesiageas.it](mailto:reclami@ecclesiageas.it)

Per non ricevere più le nostre informative sui nostri prodotti e servizi assicurativi, potrà cancellarsi scrivendo a [reclami@ecclesiageas.it](mailto:reclami@ecclesiageas.it)

Per maggiori informazioni consultare il sito del Garante della Protezione dei Dati Personali: <http://www.garanteprivacy.it/regolamentoue/>

**ALLEGATO:**

Consenso al trattamento dei dati personali e autorizzazione a comunicazioni con strumenti telematici

Il Dott./Dott.ssa .....  
C.F. ....  
con sede in ..... Città..... C.a.p.....  
Tel ..... Email.....

**Autorizzazione a trasmettere la documentazione per mezzo di strumenti informatici**

Ai sensi e per gli effetti della vigente disciplina normativa e regolamentare il Sottoscritto autorizza il broker a trasmettere tutta la documentazione, ivi inclusi la corrispondenza, le informazioni di cui al processo di coerenza dei contratti, l'informativa precontrattuale e i documenti contrattuali per mezzo di strumenti informatici con invio all' indirizzo di posta elettronica sopra indicato, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali e successive variazioni del recapito indicato.

L'autorizzazione è conferita per tutti i contratti intermediati.

Dichiaro, inoltre, di essere stato informato dal Broker che la presente autorizzazione è revocabile in qualunque momento, e che tale revoca potrà comportare l'applicazione, a mio carico, degli oneri connessi alla stampa e all'invio della documentazione necessaria alla conclusione e gestione dei contratti intermediati per il tramite del broker in esecuzione del presente incarico

Firma e timbro del Professionista

.....



**Consenso al trattamento dei dati da parte della Ecclesia Geas Sanità S.r.l.**

dichiara di avere letto e compreso l'informativa sulla protezione dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del Reg. UE 2016/679, disponibile sul sito [www.ecclesiageas.it](http://www.ecclesiageas.it)

- acconsente al trattamento dei dati pertinenti al contratto stipulato in quanto obbligo contrattuale e di legge
- acconsente al trasferimento dei dati a Società terze (Imprese di assicurazione e Intermediari), aventi sede anche all'estero (UE e extra UE), con le quali Ecclesia GEAS Sanità abbia in corso rapporti di collaborazione, esclusivamente per gli adempimenti connessi all'espletamento dell'attività di intermediazione assicurativa e gestione sinistri svolta da Ecclesia GEAS Sanità;
- acconsente al trattamento dei dati al fine di una corretta comunicazione per la gestione dei presenti e futuri rapporti lavorativi pertinenti al contratto stipulato

Firma e timbro del Professionista

.....



**dichiara di avere richiesto ai propri pazienti e ottenuto l'autorizzazione al trasferimento dei dati personali sanitari al broker intermediario assicurativo in caso di sinistro.**

Firma e timbro del Professionista

.....



**acconsente alla ricezione di comunicazioni su prodotti e servizi della Ecclesia Geas Sanità S.r.l.**

Acconsento

Non acconsento

Firma e timbro del Professionista

.....

