ATTENZIONE

L'allegato modulo debitamente compilato e completo della documentazione riportata in calce deve essere inviato ad Aon S.p.A. a mezzo fax o e-mail ai seguenti indirizzi:

Recapiti

02 8724 0231

da lunedì a giovedì:
ore 09.30 – 12.30 e 14.00 – 16.30
venerdì: ore 9:30 – 12:30

@-mail: convenzionefabi@aon.it

Da:	**A:** Aon S.p.A. – Divisione Affinity
Data:	

DOCUMENTI DA ALLEGARE IN CASO DI RICHIESTA SOSTITUZIONE

1. Libretto di circolazione fronte retro
2. Patente di guida
3. Copia tesserino iscrizione per l'anno in corso al sindacato FABI
4. Atto di vendita e/o certificato di rottamazione del veicolo sostituito e certificato/contrassegno/carta verde dello stesso
5. Se il veicolo fosse intestato a familiare convivente del dipendente o dell'iscritto, occorre l'autocertificazione dello stato di famiglia, documento d'identità del dipendente/iscritto e del proprietario del veicolo

MODULO RACCOLTA DATI AUTO/MOTO

DATI GENERALI

Data decorrenza: ore _____ del _____

Tipo richiesta:

☐ Nuova Polizza

☐ Sostituzione della polizza n. _____

DATI DEL CONTRAENTE

Nome: _____ Cognome: _____

Codice Fiscale: _____ Professione: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Residenza: _____

(Via, Piazza/Corso e n. civico)

_____ | _____ | _____

CAP | Comune | Provincia

Tel: _____ Cell: _____ @mail: _____

DATI DELL'INTESTATARIO AL P.R.A. (se diverso dal CONTRAENTE)

Nome: _____ Cognome: _____

Codice Fiscale: _____ Professione: _____

Luogo di nascita: _____ Data di nascita: _____

Residenza: _____

(Via, Piazza/Corso e n. civico)

_____ | _____ | _____

CAP | Comune | Provincia

DATI DEL VEICOLO

Tipo veicolo: ☐ AUTOVETTURA ☐ MOTOCICLO/CICLOMOTORE

Marca e Modello: _____

Allestimento: _____ n° porte: _____

Targa: _____ data 1^ immatricolazione _____ Kw: _____ Cilindrata: _____

Alimentazione: ☐ BENZINA ☐ DIESEL ☐ ELETTRICA ☐ IBRIDA ☐ GPL ☐ METANO Gancio traino: ☐ SI ☐ NO

È presente un vincolo per l'eventuale finanziamento? ☐ SI ☐ NO Data di scadenza del vincolo: _____

Ragione Sociale e Sede della società vincolataria: _____

MODULO RACCOLTA DATI AUTO/MOTO

SITUAZIONE ASSICURATIVA

Veicolo
☐ di nuova immatricolazione
☐ usato con voltura al P.R.A.
☐ già assicurato con la Compagnia:

_____
(Nome Compagnia)

da assicurare per la 1^ volta
☐ con utilizzo della migliore classe di merito del nucleo familiare (L. Bersani)
Targa: _____ Compagnia: _____
n° polizza (se Vittoria Assicurazioni): _____

☐ senza l'utilizzo della migliore classe di merito del nucleo familiare (Bersani)

SCELTA DELLE GARANZIE E DELLE SOMME DA ASSICURARE

☒ **Responsabilità Civile Automobilistica (R.C.A.)**
- Massimale R.C.A: ☐ € 7.290.000 ☐ € 10.000.000 ☐ € 50.000.000
- Tipologia di guida: ☐ Guida Libera ☐ Guida Esperta (guidatori maggiori di 26 anni AUTO – 30 anni MOTO)

☒ Auto sostitutiva (obbligatoria)
☒ Garanzie complementari (obbligatoria)

☐ **Garanzia Incendio/Furto**
Valore del veicolo: € _____ di cui optional/accessori ed apparecchi audiofonovisivi non di serie: € _____

☐ Garanzia Fenomeni Naturali (sottoscrivibile solo se opzionata la Garanzia Incendio/Furto)
☐ Garanzia Cristalli "Elite" e nuovo pacchetto "Elite" (sottoscrivibile solo se opzionata la Garanzia Incendio/Furto)
☐ Garanzia Atti Vandalici (sottoscrivibile solo se opzionata la Garanzia Incendio/Furto)
☐ Kasko
☐ Collisione
☐ Collisione con animali selvatici
☐ Assistenza stradale
☐ Assistenza in caso di foratura
☐ Tutela Giudiziaria
☐ Infortuni Conducente | Somma assicurata: ☐ € 50.000 ☐ € 100.000 ☐ € 150.000

DOCUMENTO PRIVACY

Dichiarazione di consenso dell'interessato

Aon S.p.A. (di seguito "Aon") fa parte di un ampio gruppo di società formato da Aon Italia S.r.l. (la "Holding") e dalle società dalla stessa controllate (il "Gruppo Aon") che opera nel brokeraggio assicurativo e riassicurativo, nella consulenza e nei servizi di risk management e nella consulenza aziendale.

I. Finalità

In un'ottica di trasparenza, La informiamo che i Suoi dati personali verranno raccolti ed utilizzati per l'attività di intermediazione e di consulenza assicurativa e riassicurativa ivi compresa quella di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti assicurativi e riassicurativi, le attività ad essa connesse e la liquidazione dei sinistri, come specificato nella relativa Informativa (l'"Informativa").

II. Tipologia/e di dati

La/e tipologia/e di dati che Aon raccoglie sarà/saranno coerente/i con le finalità relative all'erogazione dei servizi indicati nella relativa Informativa.

III. Consenso

Qualora il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso, Aon dovrà essere in grado di dimostrare che Lei ha espresso il Suo consenso al trattamento dei suddetti dati.

Le chiediamo pertanto di esprimere il Suo consenso esplicito autorizzandoci all'utilizzo dei dati personali che Lei ci fornisce come indicato nella precedente sezione II, secondo le modalità di seguito indicate.

IV. Limitazione della raccolta

La raccolta dei Suoi dati personali sarà limitata a quanto necessario per le finalità identificate nella precedente sezione I e nella relativa Informativa.

Per ulteriori dettagli e informazioni, La invitiamo a consultare l'Informativa.

Scelte in merito al trattamento dei dati personali in forma manuale (solo se gestibile)

Dopo aver preso visione dell'Informativa del trattamento dei miei dati personali da parte di Aon, avente sede legale in Milano, Via Calindri 6, Io (inserire nome e cognome) _____

residente in (inserire stato e provincia) _____

al seguente indirizzo (inserire indirizzo) _____

a) non desidero che i miei dati siano trattati per le finalità di marketing quali: invio di comunicazioni commerciali/promozionali, tramite modalità automatizzate di contatto (come e-mail, sms) e tradizionali (come telefonate con operatore e posta tradizionale) sui prodotti e servizi, segnalazione di eventi aziendali, nonché realizzazione di indagini di mercato ed analisi statistiche.

b) acconsento al trattamento automatizzato dei miei dati personali, ivi inclusa la profilazione, effettuato per analizzare le mie preferenze, abitudini, interessi, al fine di ricevere comunicazioni commerciali personalizzate.

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

c) acconsento al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute per le finalità connesse all'erogazione del servizio.

☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO

Luogo	Data	Firma

AUTOCERTIFICAZIONE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE E
DELL'ATTO DI NOTORIETÀ ARTT. 46 E 47 DPR N. 445/2000

Il/la sottoscritto/a _____
cognome e nome del dichiarante (stampatello)

ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., consapevole delle conseguenze penali derivanti dal rilascio di dichiarazioni mendaci e dalla produzione od uso di atti falsi ai sensi dell'art. 76 del DPR n. 445/2000, dichiara quanto segue (barrare la casella che interessa):

☐ di essere iscritto a FABI

☐ di avere grado di parentela di: _____

con il Sig./Sig.ra: _____

☐ dipendente _____

☐ iscritto _____

Luogo	Data	Firma del dichiarante
_____	_____	_____

AUTORIZZAZIONE PER L'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT (SOD CORE)

Con la sottoscrizione del presente mandato, il Debitore autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante.

Dati relativi al Debitore

Nome e Cognome / Ragione Sociale *

_____

Indirizzo *_____

Mail e numero di telefono* _____

Cod.Fisc/P.Iva * _____

Intestatario del conto* _____

IBAN* _____

Dati relativi al Creditore

Rag. Sociale Aon S.p.A. Insurance & Reinsurance Brokers

Cod.Identificativo IT47001000001020307015 5

Sede Legale Via Calindri, 6, 20143 Milano (MI), Italia

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. Il sottoscritto Debitore ha diritto di ottenere il rimborso dalla propria Banca secondo quanto previsto nel suddetto contratto; eventuali richieste di rimborso devono essere presentate entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

_____ _____

Luogo e data *Firma del debitore o suo delegato/rappresentante*

I campi contrassegnati con asterisco (*) sono obbligatori