

Si prega di compilare e firmare e di inviare il modulo a [italy@seb.ie](mailto:italy@seb.ie)

Nome

Numero della polizza:

Data di nascita: gg/mm/aa

Indirizzo email: *(si prega di compilare in STAMPATELLO)*

Numero di telefono:

Data di decorrenza della polizza: gg/mm/aa

Prefisso Intl - Prefisso della città - Numero

### Protezione dei dati

Con la presente presto/prestiamo il mio/nostro consenso: (a) alla raccolta, trattamento e utilizzo da parte di SEB Life International delle informazioni e dei "Dati personali" secondo le modalità della Politica in materia di riservatezza; e (b) al trattamento e all'utilizzo di tali informazioni e Dati personali da parte dei soggetti ai quali sono stati comunicati. Qualora abbia/abbiamo fornito a SEB Life International informazioni o dati personali relativi a soggetti terzi, confermo/confermiamo (i) di avergli fornito una copia della Politica in materia di riservatezza; e (ii) di aver adempiuto a tutti gli obblighi a me/ noi applicabili in materia di protezione dei dati personali. Qualora il soggetto firmatario sia un ente giuridico, ogni soggetto che sottoscrive la presente dichiarazione in nome e per conto dello stesso dichiara, garantisce e assicura di essere debitamente autorizzato in tal senso.

Firma del Contraente 1

Firma del Contraente 2

**X**

**X**

Nome in stampatello

Data gg/mm/aa

Nome in stampatello

Data gg/mm/aa

**Nota:** • In caso il Contraente sia una persona giuridica, è richiesta la sottoscrizione dei firmatari debitamente autorizzati