

## AUTOCERTIFICAZIONE CONDIZIONE LAVORATIVA – A\_06

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ dichiaro che:

alla data di accadimento del sinistro, avvenuto il \_\_\_\_\_, la mia condizione lavorativa era:

- Lavoratore dipendente (settore Privato)
- Lavoratore dipendente (settore Pubblico)
- Studente
- Casalinga
- Pensionato
- Lavoratore autonomo
- Disoccupato
- Altro \_\_\_\_\_

alla data di sottoscrizione del finanziamento, avvenuta il \_\_\_\_\_, la mia condizione lavorativa era:

- Lavoratore dipendente (settore Privato)
- Lavoratore dipendente (settore Pubblico)
- Studente
- Casalinga
- Pensionato
- Lavoratore autonomo
- Disoccupato
- Altro \_\_\_\_\_

"Esistono rapporti di parentela con il datore di lavoro?"

- Sì
- No
- Se Sì, quali e con chi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Io sottoscritto/a certifico che quanto dichiarato corrisponde a verità.**

L'Assicurato dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali fornita, ai sensi del Regolamento Generale (UE) sulla Protezione dei Dati n. 2016/679 (il "GDPR"), dal Gruppo BNP Paribas anche per le imprese di assicurazione riferibili al Gruppo operanti in Italia che si impegna a rendere nota agli altri interessati. Con la sottoscrizione in calce, esprime dunque il proprio consenso al trattamento dei dati personali - ivi compresi quelli appartenenti a categorie particolari ai sensi dell'art. 9 del GDPR, ove necessario per i servizi richiesti come specificato nell'informativa ricevuta - effettuato da parte delle Compagnie e di tutti i soggetti diversi indicati nell'informativa, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa stessa.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma dell'Assicurato \_\_\_\_\_

IN CASO DI NECESSITA' E' POSSIBILE CONTATTARE TELEFONICAMENTE IL SERVIZIO ASSISTENZA CLIENTI AL ☎ 800.900.780