SCHEDA ADESIONE R.C. CAPOFAMIGLIA 2020

CONTRAENTE: **RELA BROKER** POLIZZA : **100025214**

ADERENTE (NOME COGNOME)

CODICE FISCALE NATO IL: / / SESSO (M/F)

INDIRIZZO

CITTA' PROV. CAP

TELEFONO UFF./CELL. EMAIL

DIPENDENTE DELLA BANCA

SINDACATO DI APPARTENENZA

☐ OPZIONE 1 MASSIMALE EURO 250.000,00 Premio lordo euro 10,00

☐ OPZIONE 2 **AUMENTO MASSIMALE** DA € 250.000,00 A € 500.000,00 Premio lordo euro 10,00

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia integrale delle condizioni di polizza nr. **100025214** e dopo averle lette, dichiara di voler aderire alla polizza scegliendo l'opzione contrassegnata.
A tal fine provvedo ad effettuare in data __/__/____ bonifico di euro_____A favore di RELA BROKER SRL -
IBAN: **IT 05 S 0311101401000000004843** per il pagamento del premio dovuto per l'opzione prescelta.
L'ADESIONE ED IL RELATIVO BONIFICO DEVONO ESSERE TRASMESSI ALLA RELA BROKER srl - FAX n. 010/8562299
o a mezzo mail convenzionebancari@relabroker.it

Nella causale del bonifico indicare codice fiscale.

Ai sensi del Regolamento UE 2019/679 (RGDP) lo scrivente Rela Broker s.r.l. con sede legale in Piazza della Vittoria, 12/15, 16121 Genova (GE), in qualità di titolare del trattamento, informa che i Suoi dati personali e quelli appartenenti alle categorie particolari di dati personali – art. 9 del RGDP (dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati relativi alla salute) già a disposizione o che potranno essere acquisiti in futuro da Rela Broker s.r.l. con riferimento ai rapporti instaurati saranno oggetto di trattamento nel rispetto del RGDP sopra richiamato.
Io sottoscritto, letta e compresa l'informativa completa ai sensi dell'articolo 13 del RGDP, presente all'indirizzo www.relabroker.it/informativa_privacy, do il consenso a che i dati che mi riguardano, comprendenti quelli appartenenti alle categorie particolari, vengano utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell'Organizzazione Sindacale; della Società di Assicurazione e della Società di Brokeraggio Assicurativo per le finalità al punto 2a) dell'informativa privacy.
La informiamo che il mancato consenso al trattamento dei dati per le finalità obbligatorie renderà impossibile la stipula del contratto.

☐ **ACCONSENTO**

☐ **NON ACCONSENTO**

Nome e Cognome _____ **Firma** _____

Data _____ Firma per adesione _____ **NOBIS Compagnia di Assicurazioni SpA**