



SCHEDA ADESIONE R.C. CAPOFAMIGLIA 2024



CONTRAENTE: **FISAC PIEMONTE E VALLE D'AOSTA** POLIZZA : **100030045**

ADERENTE (NOME COGNOME)

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

INDIRIZZO

CITTA' PROV. CAP

TELEFONO UFF./CELL. EMAIL

DIPENDENTE DELLA BANCA

SINDACATO DI APPARTENENZA **F I S A C C G I L**

AUMENTO MASSIMALE DA EURO 500.000,00 AD € 750.000,00 Premio lordo euro 10,00

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto il Set Informativo, contenente le condizioni del contratto assicurativo **R.C. CAPOFAMIGLIA - Estensione - Modello GPT.2018.001-2023.001 Edizione 01.08.2023** di polizza nr. **100030045** 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 10,00 a favore di **G.M. Assicurazioni Srl (Agenzia Generale Nobis Ass.ni) - IBAN: IT 59 R 02008 11200 000041244423** per il pagamento del premio dovuto per l'opzione prescelta.

L'ADESIONE ED IL RELATIVO BONIFICO DEVONO ESSERE TRASMESSI TRAMITE FAX n. **010/8562299** G.M. Assicurazioni Srl o a mezzo mail **convenzionebancari@gmassicurazioni.it**
Nella causale del bonifico indicare codice fiscale.

Ai sensi del Regolamento UE 2019/679 (RGDP) lo scrivente G.M. Assicurazioni Srl con sede legale in Via Cucca n. 6, 25127 Brescia (BS), 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 G.M. Assicurazioni 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.gmassicurazioni.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 G.M. Assicurazioni Srl 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

