

SINDACATO CONTRAENTE: **UNISIN – UNITA’ SINDACALE FALCRI SILCEA CARISPEZIA**

ADERENTE (NOME COGNOME)

CODICE FISCALE

NATO IL:

/

/

SESSO (M/F)

INDIRIZZO

CITTA’

PROV.

CAP

TELEFONO UFFICIO

CELL

EMAIL

DIPENDENTE DELLA BANCA

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia integrale delle condizioni di polizza nr. **100025210** e dopo averle lette, dichiara di voler aderire alla polizza scegliendo l’opzione sotto contrassegnata. A tal fine provvedo ad effettuare in data ___/___/___ il pagamento del premio dovuto per l’opzione prescelta, a mezzo bonifico bancario a favore del C/C **IT 51M031110140100000020073** intestato a **RELA Broker Srl**.

Nella causale del bonifico indicare codice fiscale.

Opzione prescelta (indicare con una X)	Ammanchi Cassa		Perdite Patrimoniali				Premio Annuo dal 01/01	Premio Annuo dal 01/04	Premio Annuo dal 01/07	Premio Annuo dal 01/10
	Massimale	Limite per sinistro			Massimale	Limite per sinistro	(di cui tasse 22,25%)			
A1	€ 6.000	€ 6.000					€ 75,00	€ 60,00	€ 40,00	€ 20,00
A2	€ 10.000	€ 10.000					€ 135,00	€ 111,00	€ 74,00	€ 37,00
A3	€ 15.000	€ 15.000					€ 160,00	€ 130,00	€ 85,00	€ 45,00
1	€ 6.000	€ 6.000			€ 75.000	€ 25.000	€ 130,00	€ 110,00	€ 73,00	€ 36,50
2	€ 10.000	€ 10.000			€ 75.000	€ 25.000	€ 150,00	€ 125,00	€ 83,00	€ 41,50
3	€ 15.000	€ 15.000			€ 75.000	€ 25.000	€ 170,00	€ 154,00	€ 101,00	€ 53,00
4	€ 6.000	€ 6.000			€ 100.000	€ 100.000	€ 160,00	€ 130,00	€ 85,00	€ 45,00
5	€ 10.000	€ 10.000			€ 100.000	€ 100.000	€ 190,00	€ 165,00	€ 110,00	€ 55,00
6	€ 15.000	€ 15.000			€ 100.000	€ 100.000	€ 210,00	€ 190,00	€ 125,00	€ 65,00

Opzione prescelta (indicare con una X)	Ammanchi Cassa		Perdite Patrimoniali				Premio Annuo dal 01/01	Premio Annuo dal 01/04	Premio Annuo dal 01/07	Premio Annuo dal 01/10	
	Massimale	Limite per sinistro				Massimale	Limite per sinistro	(di cui tasse 22,25%)	(di cui tasse 22,25%)	(di cui tasse 22,25%)	(di cui tasse 22,25%)
8						€ 100.000	€ 50.000	€ 60,00	€ 45,00	€ 35,00	€ 18,00
9						€ 100.000	€ 100.000	€ 85,00	€ 72,00	€ 47,00	€ 23,50
10						€ 200.000	€ 200.000	€ 135,00	€ 116,00	€ 77,00	€ 38,50
11						€ 500.000	€ 500.000	€ 150,00	€ 135,00	€ 90,00	€ 45,00
12						€ 750.000	€ 750.000	€ 200,00	€ 180,00	€ 120,00	€ 60,00
13						€ 1.000.000	€ 1.000.000	€ 300,00	€ 270,00	€ 180,00	€ 90,00
14						€ 2.000.000	€ 2.000.000	€ 400,00	€ 330,00	€ 220,00	€ 110,00

Opzione prescelta (indicare con una X)	Perdite Patrimoniali ATTIVITA' RECUPERO CREDITI				Premio Annuo dal 01/01	Premio Annuo dal 01/04	Premio Annuo dal 01/07	Premio Annuo dal 01/10		
					(di cui tasse 22,25%)					
15					€ 75.000	€ 25.000	€ 150,00	€ 120,00	€ 80,00	€ 40,00

La presente scheda va inoltrata al Fax **Nr 010/8562299** o a mezzo mail: **convenzionebancari@relabroker.it**

La ricevuta del bonifico deve riportare nella causale il codice fiscale. Il bonifico andato a buon fine per l'esatto importo del premio, costituisce prova della copertura assicurativa.

Per eventuali reclami vedi sito www.relabroker.it

Ai sensi del Regolamento UE 2019/679 (RGDP) lo scrivente Relabroker 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 Relabroker s.r.l. con riferimento ai rapporti instaurati saranno oggetto di trattamento nel rispetto del RGDP sopra richiamato.

Io sottoscritto, letto 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