

CONTRAENTE:

FISAC LOMBARDIA

POLIZZA : 100029935

ADERENTE (NOME COGNOME)

CODICE FISCALE

NATO IL:

/

/

SESSO (M/F)

INDIRIZZO

CITTA'

PROV.

CAP

TELEFONO UFF./CELL.

EMAIL

DIPENDENTE DELLA BANCA

SINDACATO DI
APPARTENENZAOPZIONE **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. **100029935** 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 **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** 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 Srl 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