

CONTRAENTE: **RELA BROKER** POLIZZA : **100021834**

ADERENTE (NOME COGNOME) \_\_\_\_\_

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

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

CITTA' \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_

TELEFONO UFFICIO \_\_\_\_\_ CELL \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_

DIPENDENTE DELLA BANCA \_\_\_\_\_

OPZIONE 1 MASSIMALE EURO 150.000,00 Premio lordo euro 10,00

OPZIONE 2 MASSIMALE EURO 500.000,00 Premio lordo euro 20,00

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia integrale delle condizioni di polizza nr **100021834** 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.**

**AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI**

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/privacy](http://www.relabroker.it/privacy), do il consenso a che i dati che mi riguardano vengano utilizzati esclusivamente per gli usi interni dell'Organizzazione Sindacale; della Società di Assicurazione e della Società di Brokeraggio Assicurativo e resi pubblici in modo aggregato.

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**