

CONTRAENTE: **RELA BROKER SRL**

ADERENTE (NOME COGNOME)																				
CODICE FISCALE							NATO IL:	/ /						SESSO (M/F)						
INDIRIZZO																				
CITTA'													PROV.			CAP				
TELEFONO UFFICIO											CELL									
EMAIL																				

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia del Fascicolo Informativo, contenente le condizioni di polizza 2016 polizza nr. **200112987**, 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 **IT59Y031110140100000025934** intestato a **Rela Broker s.r.l.**

**Nella causale del bonifico indicare il codice fiscale.**

**TUTELA LEGALE**

Opzione prescelta (indicare con una X)	MASSIMALE	Premio Annuo (di cui tasse 21,25%)
<input type="checkbox"/>	€ 25.000,00	€ 135,00
<input type="checkbox"/>	€ 50.000,00	€ 190,00

Per il perfezionamento della copertura assicurativa la presente scheda va inoltrata al Fax Nr **010/8562299** o a mezzo mail a: **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.

**La durata della garanzia è di un anno dalle ore 24,00 dalla data di decorrenza dell'adesione.**

Per eventuali reclami vedi sito [www.relabroker.it](http://www.relabroker.it)

Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

Con riferimento ai dati sensibili già a disposizione o che potranno essere acquisiti in futuro dalla Rela Broker s.r.l. dichiaro di aver ricevuto l'informativa di cui all'Art. 13 del D.Lgs. e ai sensi degli artt. 23,26 e 43 dello stesso D.Lgs 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 solo 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

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_