

SINDACATO CONTRAENTE: **UILCA SEGRETERIA NAZIONALE**

 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. **100021807** 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%)	(di cui tasse 22,25%)	(di cui tasse 22,25%)	(di cui tasse 22,25%)
A1	€ 6.000	€ 6.000					€ 115,00	€ 95,00	€ 63,00	€ 31,50
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	€ 180,00	€ 150,00	€ 99,00	€ 49,50
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 (di cui tasse 22,25%)	Premio Annuo dal 01/04 (di cui tasse 22,25%)	Premio Annuo dal 01/07 (di cui tasse 22,25%)	Premio Annuo dal 01/10 (di cui tasse 22,25%)	
	Massimale	Limite per sinistro				Massimale	Limite per sinistro				
7						€ 75.000	€ 25.000	€ 20,00	€ 17,00	€ 11,00	€ 5,50
8						€ 50.000	€ 50.000	€ 50,00	€ 42,00	€ 28,00	€ 14,00
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	€ 180,00	€ 143,00	€ 105,00	€ 52,50
12						€ 750.000	€ 750.000	€ 300,00	€ 250,00	€ 165,00	€ 82,50
13						€ 1.000.000	€ 1.000.000	€ 400,00	€ 330,00	€ 220,00	€ 110,00
14						€ 2.000.000	€ 2.000.000	€ 500,00	€ 360,00	€ 270,00	€ 135,00

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

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, letta e compresa l'informativa completa ai sensi dell'articolo 13 del RGDP, presente all'indirizzo 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