

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.

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 Relabroker 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 \_\_\_\_\_