

CONTRAENTE:

FISAC VENETO

 Polizza n. **203855473**

ADERENTE (NOME COGNOME)

CODICE FISCALE

NATO IL:

 / /

SESSO (M/F)

INDIRIZZO

CITTA'

PROV.

CAP

TELEFONO UFFICIO

CELL

EMAIL

GRADO DI PARENTELA CON ISCRITTO

SINDACATO

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia del Set Informativo, contenente le condizioni di polizza del contratto assicurativo **Infortunati – Modello EAT 569 – edizione 01.2020** polizza nr. **203855473** 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 59 R 02008 11200 000041244423** intestato a **G.M. Assicurazioni Srl** Nella causale del bonifico indicare codice fiscale.

POLIZZA INFORTUNI SOLO EXTRA PROFESSIONALE 2025

Opzione prescelta (indicare con una X)	MASSIMALE	Premio Annuo (di cui tasse 2,5%)
<input type="checkbox"/>	Morte € 100.000,00 Invalidità Permanente € 100.000,00 (Franchigia 3% solo per attività sportive) Rimborso Spese Mediche € 5.000,00 (Solo da infortunio) Franchigia € 100,00	€ 120,00
<input type="checkbox"/>	Morte € 50.000,00 Invalidità Permanente € 50.000,00 (Franchigia 3% solo per attività sportive) Rimborso Spese Mediche € 2.500,00 (Solo da infortunio) Franchigia € 100,00	€ 60,00

La presente scheda va inoltrata al Fax **Nr 010/8562299 G.M. Assicurazioni Srl** o a mezzo mail: convenzionebancari@gmassicurazioni.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.gmassicurazioni.it

Ai sensi del Regolamento UE 2019/679 (RGDP) lo scrivente G.M. Assicurazioni S.r.l. 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 _____