GM ASSICURAZIONI

MODULO ADESIONE TUTELA LEGALE BANCARI 2025

NOBIS COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI

CONTRAENTE: **FISAC PIEMONTE E VALLE D'AOSTA** Polizza n. **100030091**

ADERENTE (NOME COGNOME)

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

INDIRIZZO

CITTA' PROV. CAP

TELEFONO UFFICIO CELL

EMAIL

DIPENDENTE DELLA BANCA

SINDACATO

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto copia del Set Informativo, contenente le condizioni di polizza del contratto assicurativo **Tutela Legale Bancari – Modello GPT.2018.001-2023.001 Edizione 01.08.2023** polizza nr**. 100030091** 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.**

TUTELA LEGALE BANCARI 2025

Opzione prescelta (indicare con una X)	**MASSIMALE**	**Premio Annuo** (di cui tasse 21,25%)
☐	**€ 25.000,00**	**€ 135,00**
☐	**€ 50.000,00**	**€ 190,00**

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 La durata della polizza è di un anno dalle ore 24,00 dalla data decorrenza

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_____