

**MODULO ADESIONE POLIZZA N. 165B6630**

Da inviare a SDM Broker srl:

- a mezzo e-mail [quotazioni@sdmbroker.it](mailto:quotazioni@sdmbroker.it)

Allegando copia del bonifico effettuato di Euro 150,00 (Eliminazione)

**Oggetto: Integrazione Pol. Zurich 165B6630**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

SOCIETA' \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Sede in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail (obbligatoria) \_\_\_\_\_

Attività svolta \_\_\_\_\_ N. Tesserati \_\_\_\_\_

**ADESIONE:**

- **Formula Eliminazione 150,00 euro** (aggiunge i seguenti massimali alle garanzie già previste nell'affiliazione Endas) RCT massimale 1.000.000 euro senza franchigia.

dichiara di aver effettuato in data \_\_\_\_\_ il versamento di € 150,00 (euro venticinque/00) sul conto corrente N. 3303 Intesa (IBAN IT43J0306905284100000003303) intestato a "SDM Broker srl", quale costo del premio assicurativo annuo per la copertura integrativa "RCT" operante dalle ore 24 del giorno di valuta beneficiario del bonifico.

firma \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D.Lgs 30 giugno 2003, n.196 si dichiara di essere informati che:

- l'invio dei dati contenuti nel presente modulo è finalizzato alla gestione della copertura assicurativa relativa alla polizza in oggetto;
- il conferimento dei dati è indispensabile ai fini della gestione della copertura;
- il rifiuto al conferimento non consente la gestione della copertura;
- i soggetti o le categorie di soggetti cui possono essere comunicati i dati sono:

- 1) la Compagnia assicurativa;
- 2) Endas.

- i diritti dell'interessato sono quelli previsti dall'art.7 del D.Lgs n.196/2003.

Si dichiara di:

- consentire
- non consentire

al trattamento dei dati contenuti nel presente modulo.

data \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_