

ASSICURATO: _____
 CODICE FISCALE: _____
 RESIDENTE A : _____
 INDIRIZZO DELL'ABITAZIONE ASSICURATA : _____
 SINDACATO DI APPARTENENZA: **FISAC PIEMONTE E VALLE D'AOSTA**
 TELEFONO: _____

Capitolo 3 RC FAMIGLIA

 OPZIONE PRESCELTA

RC CAPOFAMIGLIA MASSIMALE € 250.000,00 Premio Annuo € 10,00
 AUMENTO MASSIMALE RC CAPOFAMIGLIA FINO A € 500.000,00 Premio Annuo € 10,00

Capitolo 3 - RC FABBRICATO

 OPZIONE PRESCELTA

RC Fabbricato, (proprietà dell'abitazione) per ogni unità immobiliare

Massimale 150.000,00 Premio annuo € 20,00
 Massimale 500.000,00 Premio annuo € 30,00

Capitolo 1 - INCENDIO E GARANZIE ACCESSORIE DELL'ABITAZIONE

L'ASSICURAZIONE È VALIDA SOLO PER APPARTAMENTI IN CONDOMINIO ED È PRESTATO NELLA FORMA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO E LA SOMMA ASSICURATA DEVE INTENDERSI COMPLESSIVAMENTE PER I DANNI CHE INTERESSASSERO, SINGOLARMENTE O CUMULATIVAMENTE, LE PARTITE :

- ⇒ **MASSIMALE € 300.000,00 FABBRICATO O RISCHIO LOCATIVO – FORMA A VALORE INTERO**
- ⇒ **MASSIMALE € 20.000,00 MOBILIO DOMESTICO FORMA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO**
- ⇒ **RICORSO TERZI – PER UNO DEI MASSIMALI SOTTOINDICATI :**

 OPZIONE PRESCELTA

SOMMA ASSICURATA	PREMIO DAL 1°.1 AL 31.12.2023	PREMIO DAL 1°.7 AL 31.12.2023
€ 100.000,00	<input type="checkbox"/> € 60,00	<input type="checkbox"/> € 40,00
€ 150.000,00	<input type="checkbox"/> € 90,00	<input type="checkbox"/> € 60,00
€ 250.000,00	<input type="checkbox"/> € 150,00	<input type="checkbox"/> € 90,00

Capitolo 2- FURTO DELL'ABITAZIONE

L'ASSICURAZIONE È VALIDA SOLO PER APPARTAMENTI IN CONDOMINIO ED È PRESTATO NELLA FORMA A PRIMO RISCHIO ASSOLUTO, PER LE PARTITE :

- ⇒ **FURTO E RAPINA**
- ⇒ **SCIPPO (20% DELLA SOMMA ASSICURATA)**
- ⇒ **SPESE SANITARIE CONSEGUENTI A INFORTUNIO DOVUTO A SCIPPO O RAPINA**

 OPZIONE PRESCELTA

SOMMA ASSICURATA	PREMIO DAL 1°.1 AL 31.12.2023	PREMIO DAL 1°.7 AL 31.12.2023
€ 5.000,00	<input type="checkbox"/> € 60,00	<input type="checkbox"/> € 35,00
€ 10.000,00	<input type="checkbox"/> € 120,00	<input type="checkbox"/> € 70,00

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER RICEVUTO COPIA INTEGRALE DELLE CONDIZIONI DI POLIZZA N. **100029947** DELLA SPETTABILE NOBIS S.P.A., E DOPO AVERLE LETTE, DICHIARA DI VOLER ADERIRE ALLA POLIZZA SCEGLIENDO L'OPZIONE CONTRASSEGNA. A TAL FINE PROVVEDO AD EFFETTUARE IN DATA ____/____/____ BONIFICO DI € _____ AL SEGUENTE IBAN:

IT 59 R 02008 11200 000041244423

A FAVORE DI **G.M. ASSICURAZIONI SRL** (Agenzia Generale Nobis)- L'ADESIONE ED IL RELATIVO BONIFICO DEVONO ESSERE TRASMESSI TRAMITE - FAX n. **010/8562299** A MEZZO MAIL A: convenzionebancari@gmassicurazioni.it

Per eventuali reclami vedi sito www.gmassicurazioni.it

Ai sensi del Regolamento UE 2019/679 (RGDP) lo scrivente G.M. Assicurazioni Srl 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 LEGGIBILE _____