

MODULO ADESIONE POLIZZA RCT UNIPOL  
(integrazione delle garanzie previste dal tesseramento ed affiliazione alla F.G.I.)

Da inviare a SDM Salute scrli:

- o a mezzo fax al n. 06.87817096

- o a mezzo e-mail [sdmsalute@gmail.it](mailto:sdmsalute@gmail.it)

Allegando fotocopia del bonifico effettuato di Euro 50,00

**Oggetto: adesione eliminazione franchigia alla polizza UNIPOL SAI RCT 196972488**

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

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

Società \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

Indirizzo Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

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

**ADESIONE:**

- o **Formula Eliminazione franchigia RCT premio 50,00 euro**

dichiara di aver effettuato in data \_\_\_\_\_ il versamento di 50,00 euro sul conto corrente N. 10584 INTESA (IBAN IT47N0306905036100000010584) intestato a "SDM Salute scrli", quale costo del premio assicurativo annuo per la copertura eliminazione operante dalle ore 24 del giorno di valuta beneficiario del bonifico.

firma \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti del Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101. 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 UNIPOLSAI

2) la Federazione Ginnastica d'Italia.

- i diritti dell'interessato sono quelli previsti Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101.

Si dichiara di:

o consentire

o non consentire

al trattamento dei dati contenuti nel presente modulo.

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