

## MODULO ADESIONE POLIZZA INFORTUNI AIG

Da inviare a SDM Salute scr.l:

- o a mezzo fax al n. 06.87817096

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

Allegando fotocopia del bonifico effettuato di Euro 570,00 Comb. 2 o di Euro 770,00 Comb. 3

**Oggetto: adesione alla polizza AIG integrativa**

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

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

residente in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

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

**ADESIONE:**

- **Formula Comb. 2 - 570,00 euro**
  
- **Formula Comb. 3 - 770,00 euro**

dichiara di aver effettuato in data \_\_\_\_\_ il versamento di € 570,00 o di € 770,00 sul conto corrente N. 10584 INTESA (IBAN IT47N0306905036100000010584) intestato a "SDM Salute scr.l", quale costo del premio assicurativo annuo per la copertura integrativa "infortuni" 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 AIG

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 \_\_\_\_\_