



CONVENZIONE AMINTA  
PER UNITA' SINDACALE  
FALCRI SILCEA SINFUB

## Modulo di Adesione alla Convezione dedicata agli iscritti al Sindacato Aminta UNISIN Gruppo ISP

**IMPORTANTE:** Ti preghiamo di inviare il presente documento firmato via mail all'indirizzo [documentifirmati@amintaunisingruppoisp.com](mailto:documentifirmati@amintaunisingruppoisp.com), o via posta all'indirizzo Aminta srl, Corso Correnti 58/a, 10136, Torino

### Dati del distributore:

#### Aminta srl

Corso Cesare Correnti, 58 - 10136, Torino (TO)

Telefono: 011 390738 Lun-Gio 15.00-17.30

[info@amintaunisingruppoisp.com](mailto:info@amintaunisingruppoisp.com)

[www.amintaunisingruppoisp.com](http://www.amintaunisingruppoisp.com)

Il presente certificato di adesione, unitamente all'estremo di pagamento in suo possesso, vale quale conferma per l'avvenuto inserimento del Suo nominativo, come assicurata/o, nella Polizza di Assicurazione - in base all'opzione indicata nel modulo. L'importo pagato deve corrispondere a quello dell'opzione scelta a pena di decadenza della copertura assicurativa.

### Riepilogo dati di adesione

Data: 19-05-2022

Ordine N. 5190

Metodo di pagamento: Bonifico Bancario

### Dati assicurato

Nome e cognome:

Data di nascita: 19-05-2022

Codice fiscale:

Indirizzo:

Citta:

CAP:

Provincia:

Indirizzo e-mail:

Telefono:

### Dati di polizza

Compagnia: Reale Mutua Assicurazioni

Num. polizza:

Opzione:

Premio: €

## Informativa sottoscrizione

Il Contraente dichiara di aver preso visione ed accetto, prima della sottoscrizione della polizza, i seguenti documenti: Gli allegati 3, 4, 4Ter, il DIP e le Condizioni di Polizza.

Dichiara inoltre di non essere a conoscenza di fatti o circostanze che potrebbero determinare richieste di risarcimento nei suoi confronti rispetto alle garanzie assicurative a cui intende aderire.

**Firma del contraente/assicurato:**.....

## Bisogni ed esigenze

Il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni necessarie a valutare l'adeguatezza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle Sue esigenze, tenendo presente che la mancanza di queste informazioni potrebbe ostacolarne la valutazione.

Desidero tutelare il mio patrimonio per i danni provocati a terzi (a cose, a persone o puramente di natura pecuniaria) nello svolgimento delle prestazioni professionali da me eseguite?

SI  NO

Inoltre dichiaro:

di NON avere altre coperture assicurative sullo stesso rischio

di essere consapevole che il contratto prevede scoperti e franchigie

**Firma del contraente/assicurato:**.....

## Trattamento dei dati personali

Il Contraente, preso atto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 30 giugno 2003 n. 196 e successive modifiche e dell'art. 13 GDPR 679/2016 autorizza Aminta srl, al trattamento dei suoi dati personali, compresi quelli sensibili, per le finalita' assicurative e con le modalita' indicate nella stessa informativa

**Firma del contraente/assicurato:**.....

## Supporto Documentazione

Dichiaro di voler ricevere e trasmettere la documentazione sotto specificata con le modalita' di seguito indicate:

La documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente: Altro supporto durevole (file in formato PDF a mezzo E-mail)

La polizza per l'apposizione della relativa sottoscrizione: Altro supporto durevole (file in formato PDF a mezzo E-mail)

Le comunicazioni previste dalla normativa vigente nel corso dell'assicurazione: Altro supporto durevole (file in formato PDF a mezzo E-mail)

**Firma del contraente/assicurato:**.....

## Dove effettuare il pagamento

Istituto Bancario: Banca d'Alba

Intestato ad: Aminta Srl

IBAN: IT 32 B 08530 01001 000550102673

IMPORTO: €

**IMPORTANTE!**

Scrivere nella causale (Senza Modifiche): CONVENZIONE 5190

Ti chiediamo di effettuare il pagamento preferibilmente entro 3 giorni dalla data di iscrizione.

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di valuta fissa indicata sul bonifico al Broker.