

**ACCORDO Sara Assicurazioni -SOPTI
SCHEMA DI ADESIONE**

Contraente/Intestatario (Cognome e nome o Ragione Sociale).....

.....P.IVA.....

Sede legale: Via.....nr..... CAP.....Città.....Prov.....

Assicurato: Cognome.....Nome.....

Codice Fiscale:.....Luogo e data di nascita.....

Indirizzo: via.....nr.....CAP
.....Città.....Prov.....

Professionista Abilitato Dipendente Abilitato

Professionista Abilitato e Dipendente Abilitato

Numero addetti (Professionista, dipendenti, collaboratori, tirocinanti, altre

forme di collaborazione):..... di

Ubicazione dello studio o del negozio: Via.....nr.....

Città..... Cap.....Prov.....

Indicare gli indirizzi di eventuali altre ubicazioni: Via.....nr.....

Città..... Cap.....Prov.....

Telefono Studio/negozio:.....

Cellulare Referente:.....Contatto Whatsapp:.....

Indirizzo mail:.....

Indicare con una croce la soluzione scelta tra A o B:

Soluzione A: Massimale Responsabilità Civile € 1.000.000,00
Premio di polizza € 211,50

Soluzione B: Massimale Responsabilità Civile € 1.000.000,00
+ Rc conduzione + Rco
Premio di polizza € 243,00

IMPORTANTE

Allegare al presente modulo, copia della RICEVUTA FISCALE DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA SOPTI.



Una volta compilato il modulo in ogni sua parte e allegata la copia della ricevuta di pagamento quota associativa SOPTI, Le chiediamo cortesemente di anticiparci il tutto via mail all'indirizzo sara.assicurazioni.imola@gmail.com e spedirci a mezzo posta gli originali all'indirizzo Agenzia Sara Assicurazioni di Imola Via Paolo Galeati 11 – 40026 Imola (BO). Contatti: Agenzia 0542/25120 Fax: 0542/23195 cell e whats-up: 342/8890182

Ricevuta la documentazione emetteremo la polizza che avrà decorrenza dalla data di incasso del premio che potrete pagare a mezzo Bonifico Bancario alle coordinate di seguito riportate:

c/c n 622882 - Codice A.B.I. 05080 – C.A.B. 21000 –
I.B.A.N. IT 12 B 05080 21000 CC0000622882
aperto presso la BANCA DI IMOLA S.p.A. filiale SEDE CENTRALE – Via Appia, 21 – 40026 Imola (BO)
Intestato a: GRIFO ASSICURAZIONI SRL Agente SARA Assicurazioni.

Indicare come casuale del Bonifico: Polizza Rc Accordo SOPTI – (Nome dell'assicurato)

I dati da Lei forniti potranno essere utilizzati — anche tramite I nostri Agenti — per fornirLe informazioni commerciali su prodotti e servizi assicurativi.

In ogni momento potrà rivolgersi a Sara Assicurazioni Spa — impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con DMICA 26/08/1925 n. 201 (G.U:del 31/08/1925) - con sede in Roma, via Po n. 20, titolare del trattamento, per avere chiarezza sull'utilizzo dei Suoi dati e per chiedere modifiche, aggiornamenti o l'eventuale cancellazione delle informazioni acquisite.

.....
Autorizzo il trattamento dei dati personali del presente modulo per le finalità di contatto commerciale e informativo per le quali sono stati rilasciati anche per via telematica e telefonica.

SI

NO

firma _____

Acconsento al trattamento dei dati personali che mi riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale futura di prodotti, servizi e iniziative Sara e delle altre società del Gruppo Sara e dei loro partners.

SI

NO

firma _____