

CIPREG – ALLEGATO E/2

Adesione alla Convenzione per posizioni assicurative individuali

(solo per Gestori Società di persone)

Spett.le

.....
.....
.....
.....

Oggetto: **Bonus di fine gestione – Adesione alla Convenzione Cipreg per posizioni assicurative individuali**

Con riferimento a quanto in oggetto, con la presente si dichiara di aver letto e compreso la Convenzione CIPREG per posizioni assicurative individuali, le Condizioni di Assicurazione, l'Appendice A1-tariffa 40ZB e l'Informativa Privacy e di voler aderire alla Convenzione stessa con conseguente apertura delle relative posizioni assicurative nominative.

Si dà mandato, altresì, alla Società Concessionaria di inviare copia della presente al CIPREG e alla Compagnia Assicuratrice Unipol S.p.A per la completa definizione del rapporto assicurativo, nonché di versare, con effetti per essa liberatori, alla Compagnia Assicuratrice Unipol S.p.A gli accantonamenti annuali corrispondenti al Bonus di fine gestione e gli accantonamenti già effettuati allo stesso titolo, rivalutati secondo quanto previsto dagli accordi e sulla base delle indicazioni di seguito riportate:

La presente adesione può essere revocata entro 30 giorni dalla sottoscrizione della stessa.

Tipo Ditta/Società (barrare la casella corrispondente)															
Da compilarsi per le SOCIETA' DI PERSONE						S.n.c.			S.a.s.			Numero Soci			
Ragione sociale del Gestore															
Codice fiscale								Partita IVA							
Sede Società (Via, n° civico, Cap, Località, Provincia)											Codice Punto Vendita				
Ubicazione del Punto di Vendita (Via, n° civico, Cap, Località, Provincia)															
Legale rappresentante (cognome e nome)											Telefono del P.Vendita				

Si allega fotocopia del testo vigente dell'Atto Costitutivo della Società gestore alla data odierna, che conferma la titolarità e le quote di partecipazione dei Soci di seguito indicati che aderiscono alla Convenzione predetta.

Si assume altresì l'impegno di comunicare immediatamente al CIPREG e alla Compagnia Assicuratrice Unipol S.p.A e, per conoscenza alla Vostra Società, ogni variazione delle dette quote di partecipazione, allegando la fotocopia del testo vigente dell'Atto costitutivo della nostra Società.

Resta inteso che in assenza di nuove comunicazioni si riterrà valida l'ultima situazione da noi comunicata.

1° Socio Assicurato

Cognome e nome											Data di nascita (gg/mm/aaaa)			
Via					N°	CAP			Città (località)			PV		
Codice fiscale											Data e firma del Socio			
Quota di partecipazione nella Società		Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/03 (codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e acconsente al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità indicate nell'informativa.												
%		Data e firma del Socio												

2° Socio Assicurato

Cognome e nome											Data di nascita (gg/mm/aaaa)			
Via					N°	CAP			Città (località)			PV		
Codice fiscale											Data e firma del Socio			
Quota di partecipazione nella Società		Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/03 (codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e acconsente al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità indicate nell'informativa.												
%		Data e firma del Socio												

3° Socio Assicurato

Cognome e nome											Data di nascita (gg/mm/aaaa)			
Via					N°	CAP			Città (località)			PV		
Codice fiscale											Data e firma del Socio			
Quota di partecipazione nella Società		Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/03 (codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e acconsente al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità indicate nell'informativa.												
%		Data e firma del Socio												

4° Socio Assicurato

Cognome e nome											Data di nascita (gg/mm/aaaa)			
Via					N°	CAP			Città (località)			PV		
Codice fiscale											Data e firma del Socio			
Quota di partecipazione nella Società		Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa privacy di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/03 (codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e acconsente al trattamento dei propri dati personali nei limiti delle finalità indicate nell'informativa.												
%		Data e firma del Socio												

..... lì

.....
Timbro e firma del Legale rappresentante della Società