



AREA BROKER & QZ S.p.A.

Società soggetta al controllo e coordinamento di C.B.F. Holding S.r.l

Sede legale e Direzione

Via N. Copernico, 28/A - 42124 Reggio Emilia (RE)
CF/P.IVA: 02280350352 - Capitale sociale: Euro 250.000,00 i.v.
Iscrizione REA: RE 267746 - Istruzione RUI: B000197920
www.areabroker.it - Pec: direzione.areabroker@legalmail.it



Sindacato Autonomo Bancari

INDICARE IL FABI TERRITORIALE DI APPARTENENZA

FILIALE BOLOGNA

Via del Rondone 26/A - 40122 Bologna (BO) - Tel. 051232386 - Email: bologna@areabroker.it

MODULO DI RICHIESTA ADESIONE PREVENTIVO POLIZZA TRAVEL

Cognome e Nome _____ Cod. Fisc. _____

Nato a _____ il _____ residente a _____

in via _____ n. _____ Prov. _____ CAP _____

Mail _____ Cellulare _____

Inviare il modulo compilato e firmato a j.farella@areabroker.it

OGGETTO MAIL OBBLIGATORIO: RICHIESTA ADESIONE PREVENTIVO POLIZZA TRAVEL FABI

Prodotti:

CANCELLATION TOP → annullamento/rinuncia al viaggio

- Data prenotazione: _____ da stipulare entro: **72h**
- Data partenza viaggio _____
- Data rientro _____
- Costo del viaggio (volo e/o soggiorno) _____

Selezionare le Garanzie e i Massimali desiderati in base al Prodotto scelto:

<input type="checkbox"/> VIAGGI EUROPA → Europa e bacino Mediterraneo	Garanzie	Massimali
- Data partenza viaggio _____	<input type="checkbox"/> RSM	<input type="checkbox"/> € 50.000 <input type="checkbox"/> € 100.000
- Data rientro _____	<input type="checkbox"/> BAGAGLIO	<input type="checkbox"/> € 1.000 <input type="checkbox"/> € 2.500
- Destinazione _____	<input type="checkbox"/> INFORTUNI	<input type="checkbox"/> € 25.000 <input type="checkbox"/> € 50.000
	<input type="checkbox"/> COVID	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> VIAGGI MONDO con estensione USA & CANADA	Garanzie	Massimali
- Data partenza viaggio _____	<input type="checkbox"/> RSM	<input type="checkbox"/> € 200K <input type="checkbox"/> € 500K <input type="checkbox"/> € 1M
- Data rientro _____	<input type="checkbox"/> BAGAGLIO	<input type="checkbox"/> € 1.000 <input type="checkbox"/> € 2.500
- Destinazione _____	<input type="checkbox"/> RC	<input type="checkbox"/> SI (€ 250.000) <input type="checkbox"/> NO
	<input type="checkbox"/> INFORTUNI	<input type="checkbox"/> € 25.000 <input type="checkbox"/> € 50.000
	<input type="checkbox"/> COVID	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

ASSICURATI:

	NOME	COGNOME	CODICE FISCALE	INDIRIZZO DI RESIDENZA (comprensivo di Città, Provincia e CAP)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Autorizzo al trattamento dei suoi dati personali da parte di Area Broker & QZ S.p.A., ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 e sue successive modificazioni e dichiara di aver preso visione dell'informativa. [Clicca qui per leggere l'informativa completa.](#)

Data

Firma dell'Aderente
