

Richiesta di Adesione N°

Danni al Bestiame N°009976/

Tariffa Comp. Agev.

Non Agev.

Sede di Gestione	Garanzia	Franchigia	Compagnia	Codice	Agenzia	Codice SubAgenzia
------------------	----------	------------	-----------	--------	---------	-------------------

Socio Assicurato		Residenza		Centro Aziendale Stalla		Conduzione
N°	Nominativo	Comune		Comune		
Se Nuovo barrare C.F./P.IVA		Fraz./Via		Fraz./Via		Ha Azienda
<input type="checkbox"/>	Luogo Nascita	Data Nascita	Telefono	Telefono		

Ubicazione durante l'alpeggio _____ Codice _____ Specie _____ Codice _____ Provincia di Gestione del Rischio: _____

Nominativo e Telefono del Detentore durante l'alpeggio _____
Chiede di aderire alla Convenzione n° 009976/2011 stipulata dal Co.Di.Pr.A. Toscana e la Compagnia S.p.a. - per la copertura dei rischi per i danni di infortunio purchè abbia come conseguenza la morte, l'abbattimento d'urgenza, l'aborto e sia causato dall'attacco di "ANIMALI PREDATORI"

N° P.	Varietà/Razze	Note Partita	N° Capi	Prezzo Unitario	Valore Assicurato
-------	---------------	--------------	---------	-----------------	-------------------

Premi Comp. Agev.	Non Agev.	Totale Capi
-------------------	-----------	-------------

Clausole/Dichiarazioni

IL SOTTOSCRITTO SOCIO ASSICURATO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA' DICHIARA:

- Di essere imprenditore agricolo ai sensi dell'art.2.135 del Codice Civile;
- Di aver ricevuto e preso visione di copia delle condizioni di assicurazione e delle garanzie prestate che disciplinano il rapporto assicurativo, con l'accordo convenzione n°009976/2011 del quale il presente modulo forma parte integrante;
- Di aver assicurato tutti i capi detenuti in stalla o inviati in alpeggio, tenuto conto che l'obbligo di assicurare tutti i capi è limitato ad ogni singola specie e per tipologia produttiva nonchè per provincia;
- Di fornire l'elenco, anche informatizzato, degli animali per i quali è prestata l'assicurazione, con i seguenti dati: (Marchio di identificazione previsto dal Reg. Cee 1760/2000) (Specie e razza e tipologia produttiva) (Data di nascita);
- Di non avere altre coperture per lo stesso rischio o se si di avere altre coperture per lo stesso rischio con la società: _____ contratto n° _____;
- Di aver effettuato nella propria azienda almeno una delle opere di prevenzione da cui al Decreto Presidente Giunta Regionale n° 15/R di cui all'art. 3;
- Che il numero dei capi assicurati corrisponde a quello risultante nel Registro di Stalla al momento dell'adesione;
- Di conoscere che le presenti dichiarazioni sono rese anche a sensi degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

IL SOCIO ASSICURATO

(Firma)

N.B.: In caso di sinistro l'Assicurato deve disporre l'immediato intervento dei servizi veterinari dell'A.S.L. competenti per territorio e darne immediato avviso agli uffici del CO.DI.PR.A. o, se non operativi, avvisare il Centro di Cordinamento Sinistri c/o G. e A. s.r.l. - tel. 06 326964.1 / fax 06 326964.210 cellulare 335.532254.

La garanzia assicurativa decorre dalle ore 24.00 del 3° giorno successivo a quello di sottoscrizione sempre che il CO.DI.PR.A. ne abbia dato notifica alla Società - cfr. artt. i-j modalità di adesione-.

PRESO ATTO DELLA INFORMATIVA COMUNICATAMI, ACCONSENTO, AI SENSI DELL'ART.13 DEL D.LGS. 30.06.2003, N.196, AL TRATTAMENTO ED ALLA COMUNICAZIONE DEI MIEI DATI PERSONALI AD OPERA DEI SOGGETTI INDICATI NELLA PREDETTA INFORMATIVA E NEI LIMITI DI CUI ALLA STESSA, RIMANE FERMO CHE TALE CONSENSO E' CONDIZIONATO AL RISPETTO DELLE DISPOSIZIONI DELLA VIGENTE NORMATIVA.

IN OTTEMPERANZA ALL'ART. 49 COMMA 3 DEL REGOLAMENTO ISVAP N°5 DEL 16.10.2006, DICHIARA DI AVER RICEVUTO: A) COPIA DELLA COMUNICAZIONE INFORMATIVA(ALLEGATO N°7A) SUGLI OBBLIGHI DI COMPORTAMENTO CUI GLI INTERMEDIARI SONO TENUTI NEI CONFRONTI DEI CONTRAENTI; B) COPIA DELLE INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO NONCHÉ IN CASO DI MODIFICHE DI RILIEVO DEL CONTRATTO O DI RINNOVO CHE COMPORNI TALI MODIFICHE(ALLEGATO N° 7B); C) LA DOCUMENTAZIONE PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE PREVISTA DALLE DISPOSIZIONI VIGENTI. DICHIARA INOLTRE DI NON VOLER RISPONDERE ALLE DOMANDE RIPORTATE NEL QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO O AD ALCUNE DI ESSE. NELLA CONSAPEVOLEZZA CHE CIO' OSTACOLA LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLO STESSO.

IL SOCIO ASSICURATO

(Firma)

Riservato al CO.DI.PR.A. TOSCANO Timbro del contraente per l'attestazione della qualità di socio dell'assicurato e per la convalida del presente documento

**Accolto come da Notifica
CO.DI.PR.A. TOSCANO**

IMPORTO COMPLESSIVO A CARICO DEL SOCIO ASSICURATO(AGEVOLATO E NON): _____

l'importo a carico del Socio assicurato è incassato quale acconto su quanto dovuto. Tale importo potrà essere soggetto a conguaglio in conseguenza dell'effettivo contributo sulla spesa concesso dalla Regione Toscana.

Data di Notifica: _____

IL SOCIO ASSICURATO

(Firma)