

La/il Sottoscritto _____ nato il _____

Residente a _____ in via _____

Cod. fiscale _____ tel. _____ e.mail _____

In qualità di rappresentante dell'

<input type="checkbox"/> O.D.V.	<input type="checkbox"/> A.P.S.	<input type="checkbox"/> C.S.V.	<input type="checkbox"/> ALTRO
---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Denominata _____

Descrizione dell'attività _____

Con sede a _____ in via _____

Cod. Fiscale _____ con la presente

DICHIARA di voler sottoscrivere la Polizza Unica del Volontariato con la CAVARRETTA ASSICURAZIONI SRL -AGENZIA CATTOLICA DI PARMA 440 -per le assicurazioni di responsabilità civile terzi, infortuni e malattia per:

Numero di aderenti/soci assicurandi _____

RISCHIO I

RISCHIO II

ANNUALE

SEMESTRALE

RATEAZIONE DEL PREMIO

Al fine di far valutare la richiesta di sottoscrizione allego:

- Copia dello statuto e atto costitutivo
- Elenco vidimato dei soci/aderenti
- Copia di un documento valido del legale rappresentante
- Copia del codice fiscale dell'O.D.V./A.P.S./C.S.V/ALTRO...

Prendo nota che:

- 1) il questionario ha lo scopo di acquisire esclusivamente contratti assicurativi adeguati alle esigenze della O.D.V./A.P.S./C.S.V. proponente
- 2) la garanzia di responsabilità civile, gli infortuni e la malattia prevedono esclusioni e rivalse disciplinate dalle condizioni generali di assicurazione
- 3) sono stabiliti risarcimenti/indennizzi totali e parziali e scoperti, franchigie che restano a carico dell'O.D.V. /A.P.S./C.S.V. e degli assicurati
- 4) Il contratto assicurativo ha la durata di un anno tacitamente rinnovabile

DICHIARAZIONI:

Cod. Civile art. 1892- Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave. Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto...(omissis)

Cod. Civile art. 1893 –Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave.(omissis) ... la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose. Le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte. Il proponente riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente per la definizione del premio e della operatività delle garanzie prestate a favore della Organizzazione e dei soci.

L'Associazione contraente dichiara di aver ricevuto l'informativa e presta il suo consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento Generale UE n. 679/2016, anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, e di impegnarsi a consegnare loro una copia e acconsente al trattamento dei dati personali nei limiti delle finalità indicate.

Prendo atto delle note informative.

Data _____

Il Legale Rappresentante _____

CAVARRETTA ASSICURAZIONI SRL Agenti Generali Dott. Cavarretta Gaetano e Luigi - Tel. 0521.289580 - Fax 0521.200467

Referenti: Dott. Cavarretta Gaetano 348.7361038 - Dott. Bianchi Lorenzo 370.3332520

info@polizzaunicadelvolontariato.it - www.polizzaunicadelvolontariato.it IBAN: IT 17 J05728 12700

622571131204

GARANZIE RESPONSABILITA' CIVILE

Indicare con una X le garanzie prescelte

- Gestione di circoli ricreativi, aziendali, organizzazione di gite aziendali e gestione di case e centri per le vacanze (già compresa nel rischio II)
- Danni ai veicoli
- Proprietà e/o custodia di animali compresa attività di ippoterapia e pet therapy
- Esercizio di attività sportive gestite direttamente dal contraente
- Organizzazione di attività sportive, canore e concertistiche
- Proprietà ed uso di campi da gioco, impianti e centri sportivi, stadi e le loro attrezzature e/o macchinari
- Organizzazione di sagre e feste campestri
- Attività paramedica e rischio della committenza N. Assicurandi _____
- Attività infermieristica N. Assicurandi _____
- Rischio committenza per attività di Medici e Direttori Sanitari N. Assicurandi _____

RISCHIO I RISCHIO II

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GARANZIE INFORTUNI

Indicare con una X le garanzie prescelte

Per persona

- Inabilità temporanea Diaria € 5,00 pro die
- Inabilità temporanea Diaria € 10,00 pro die
- Inabilità temporanea per gesso Diaria € 50,00 pro die
- Inabilità temporanea per gesso Diaria € 75,00 pro die
- Rimborso spese sanitarie per infortunio Massimale € 2.500,00

RISCHIO I RISCHIO II

<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Speleologia
- Recupero e soccorso
- Immersioni subacquee
- Rischio incendio boschivo
- Guida autocarri e mezzi speciali
- Eventi catastrofali (già compresa nel rischio II)
- Rischi sportivi
- Contagio da H.I.V.

RISCHIO I RISCHIO II

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>