



Responsabilità Civile verso Terzi 2023

MODULO DI SOTTOSCRIZIONE POLIZZA ASSICURATIVA R.C.T. APICOLTORI - ANNUALITA' 2023

| | |
|-------------------------|----------------------|
| AZIENDA APISTICA | |
| RAGIONE SOCIALE | |
| LEGALE RAPPR. | COD. IDENTIF.AZIENDA |
| COD. FISCALE | P.IVA |
| INDIRIZZO | |
| CAP | PROV. |
| E-MAIL | TELEFONO |

| | |
|------------------------------|----------------------|
| APICOLTORE AMATORIALE | |
| NOME E COGNOME | COD. IDENTIF.AZIENDA |
| COD. FISCALE | |
| INDIRIZZO | |
| CAP | PROV. |
| E-MAIL | TELEFONO |

In qualità di socio di Arpat dichiaro di avere letto le Condizioni Generali di Assicurazione, il DIP e il DIP aggiuntivo ed intendo aderire alla Convenzione Arpat RCT.

Dichiaro di possedere n. _____ alveari, n. _____ nuclei/sciami (rif. Censimento ufficiale dal 01/11/2022 al 31/12/2022), pertanto di sottoscrivere la quota di convenzione così calcolata:

- 1-100 alveari/sciami 20,00 € (15€ premio assicurativo polizza RCT+ 5€ contributo ad ARPAT per gestione pratica)
- 101-300 alveari/sciami 30,00 € (25€ premio assicurativo polizza RCT+ 5€ contributo ad ARPAT per gestione pratica)
- 301-500 alveari/sciami 45,00 € (40€ premio assicurativo polizza RCT+ 5€ contributo ad ARPAT per gestione pratica)
- oltre 501 alveari/sciami 65,00 € (60€ premio assicurativo polizza RCT+ 5€ contributo ad ARPAT per gestione pratica)

La quota complessiva di € _____ è stata versata in data _____ mediante pagamento intestato ad Arpat, **IBAN: IT17 K030 6909 6061 0000 0169 438** indicando nella causale: **Polizza RC 2023 - NOME E COGNOME**. Copia del pagamento unitamente al presente modulo compilato, deve essere inviato via mail a: info@arpāt.info.

La quota assicurativa potrà essere versata in contanti presso la sede Arpat - via Boselli, 2 - Firenze (vedi sotto)

ATTENZIONE

NON sarà possibile trasmettere i dati alla compagnia assicuratrice e quindi dar corso alla richiesta di sottoscrizione:

- In assenza del modulo compilato e sottoscritto, pur avendo effettuato il versamento del premio;
- Se la quota associativa al momento della sottoscrizione dell'assicurazione risultasse scaduta;
- Se non effettuato regolare censimento nella banca dati apistica nazionale.

Le sottoscrizioni saranno accettate entro e non oltre il termine del 31 luglio 2023. Oltre tale termine dovrà essere richiesta l'accettazione alla compagnia assicurativa.

La copertura assicurativa è attiva dalle ore 00:00 del 1 gennaio 2023 alle ore 00:00 del 1 gennaio 2024 se il versamento del premio viene effettuato prima del 01/01/2023, se effettuato successivamente a tale data sarà attiva a partire dalle ore 24.00 del giorno in cui viene versato il premio tramite bonifico e scadrà alle ore 00.00 del 1 gennaio 2024.

Se la quota assicurativa viene pagata in contanti la copertura decorrerà dalle ore 24:00 della data di comunicazione agli assicuratori da parte di Arpat.

In caso di sinistro si invita a contattare entro 3 giorni dall'accaduto l'ufficio di Arpat al numero 055-6533039 e inviare comunicazione alla mail sara.bisacca@aon.it.

Ai sensi del Reg.Ue 2016/679 informiamo che tutti i dati rilasciati sono raccolti e trattati da ARPAT Associazione Regionale Produttori Apistici Toscani nel rispetto del regolamento stesso anche per l'eventuale invio di materiale amministrativo, informativo e/o promozionale. I dati non verranno diffusi a soggetti esterni ad eccezione dell'agenzia assicurativa e per ottemperare ad obblighi di legge. Ai sensi del suddetto Regolamento gli interessati hanno il diritto di conoscere, aggiornare, rettificare o cancellare i propri dati e di opporsi per motivi legittimi al loro trattamento.

Luogo e data _____

Firma _____