



**AGRIPIEMONTE MIELE**

Strada del Cascinotto 139/30

10156 Torino

Tel/fax 011-2680064

info@agripiemontemiele.it

[www.agripiemontemiele.it](http://www.agripiemontemiele.it)

**POLIZZA CONVENZIONE ASSOCIAZIONE PRODUTTORI AGRIPiemonte MIELE**

L'Associato (Assicurato) interessato alle garanzie di polizza, dovrà inviare all'Agripiemonte miele la richiesta di adesione alla presente convenzione, specificando le somme assicurate e l'opzione scelta.

Il premio dovrà essere versato all'Agripiemonte miele all'atto della richiesta di adesione.

La validità delle garanzie decorrerà dalle ore 24,00 del 01/12/2018 ed avrà la durata dalla data di stipula fino al 01/12/2019.

L'Agripiemonte miele provvederà all'emissione dei certificati inviandoli direttamente agli Assicurati.

L'Agripiemonte miele e la Società Assicuratrice Milanese hanno il diritto di effettuare verifiche e controlli per i quali l'Assicurato è tenuto a fornire i chiarimenti e le documentazioni necessari.

<b>ASSICURATO</b>	Nome:		Cognome:	
	Indirizzo:			
	C.A.P.:		Comune:	
	Codice Fiscale o partita I.V.A.:			
	Codice Anagrafe Apistica Nazionale:			
<b>UBICAZIONE DEL RISCHIO</b>	Apiario n°:	Comune:	Località:	C.A.P.:
	Apiario n°:	Comune:	Località:	C.A.P.:
	Apiario n°:	Comune:	Località:	C.A.P.:
	Apiario n°:	Comune:	Località:	C.A.P.:
<b>DURATA</b>	Inizio dalle ore <b>24</b> del 1/12/2018...	Termine alle ore <b>24</b> del 1/12/2019...	Giorni <b>365</b>	
	Data stipula polizza			
<b>GARANZIE PRESTATE</b>	<i>Sezione Responsabilità Civile Verso Terzi</i>			<b>Premi versati:</b>
	da 1 a 100 arnie:	<b>€ 13.00</b>		€
	da 101 a 300 arnie:	<b>€ 27.00</b>		€
	da 301 a 800 arnie:	<b>€ 50.00</b>		€
	da 801 a 1100 arnie:	<b>€ 75.00</b>		€
	da 1101 a 1500 arnie:	<b>€ 150.00</b>		€
	<i>Sezione Tutela Giudiziaria</i> (Decorrenza 31/12 di ogni anno)			€
<b>TOTALE</b>			€	

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/1996, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi assicurativi

Il Presidente  
Rodolfo Floreano

L'Assicurato

.....

Firma per presa visione del contratto .....