

MODULO DI ADESIONE A POLIZZE COLLETTIVE – CONTRAENTE CO.DI.P.A. - VERONA

Il Sottoscritto/La sottoscritta Assicurato:

Nome		Cognome	
Data di nascita		Luogo di nascita	
Indirizzo			
CAP		Comune	
		Provincia	

nella sua qualità di
dell'Azienda Agricola

Denominazione		CUAA	
---------------	--	------	--

con l'apposizione della firma in calce

DICHIARA

- di acconsentire esplicitamente alla conclusione del contratto di assicurazione con la Compagnia di Assicurazione - Agenzia/Broker/Intermediario
- di aderire alla Polizza Collettiva stipulata dal CO.DI.P.A. – VERONA con la suddetta Compagnia di Assicurazione
- di aver richiesto la copertura assicurativa per il/i seguente/i prodotto/i:
- di aver ricevuto prima della sottoscrizione le Note Informative, le Condizioni di Assicurazione, il Glossario e il fac-simile del Modulo di Adesione.

Emesso il

L'Assicurato _____
firma leggibile

Il sottoscritto		Agente della Società	
dichiara che la firma del Sig./della Sig.ra			è autografa

firma leggibile

In alternativa alla firma dell'Agente può essere allegata alla presente fotocopia fronte/retro leggibile della C.I. valida del socio dichiarante.