

**SCHEDA DI ADESIONE ALLA CONVENZIONE A.N.T.E.A.S.  
INFORTUNI / MALATTIA / RESPONSABILITÀ CIVILE**

**Stagione assicurativa 2014**



**VOLONTARIATO**

**PROMOZIONE SOCIALE**

Struttura: \_\_\_\_\_

Presidente \_\_\_\_\_

La sede territoriale ANTEAS \_\_\_\_\_  
domiciliata in via \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

di aver iscritto nei propri registri, e conseguentemente di voler assicurare con le polizze INFORTUNI – MALATTIA ed RCT / RCO:

n. \_\_\_\_\_ volontari e/o iscritti attivi

n. \_\_\_\_\_ associati

*il Presidente*

*N.B.: Il presente modulo, allegato alla scheda di Adesione, forma **parte integrante** della copertura richiesta.  
Vi preghiamo di compilare in stampatello.*

*Spazio riservato a Cattolica Assicurazioni*

La CATTOLICA Assicurazioni, dichiara di assicurare l'Associazione A.N.T.E.A.S. con sede in \_\_\_\_\_ ed i suoi volontari ed associati, regolarmente iscritti negli appositi registri, ai sensi e per gli effetti della Legge n. 266/91 e successivo D.M. n. 44/92 o Legge n. 383/2000.

Si dichiara che la copertura assicurativa verrà attivata dalle ore 24.00 della data dell'effettivo pagamento del premio convenuto e scadrà alle ore 24.00 del 31.12.2014 per gli Assicurati sopra indicati.

Agli Assicurati si applicano integralmente le Condizioni di polizza stabilite dalla convenzione A.N.T.E.A.S./ Società Cattolica Agenzia Generale Parma Santa Brigida Polizza Unica del Terzo Settore:

Parma, \_\_\_\_\_

*L'Agente di Parma Santa Brigida  
Gaetano Cavarretta*



**SCHEDA DI ADESIONE ALLA CONVENZIONE A.N.T.E.A.S.  
INFORTUNI / MALATTIA / RESPONSABILITÀ CIVILE**

**Stagione assicurativa 2014**

SOCIETÀ CATTOLICA DI ASSICURAZIONI  
PARMA SANTA BRIGIDA

REFERENTE: **LORENZO BIANCHI**  
Borgo XX Marzo, 18/d - 43121 Parma  
Tel. 0521.469088 - Fax 0521.200467  
Cell. 370.3070839  
e-mail: bianchi.cattolica@gmail.com

**VOLONTARIATO**

**PROMOZIONE SOCIALE**

Data di invio fax/e-mail: \_\_\_\_\_

Pagine trasmesse: \_\_\_\_\_

Destinatari:

**ANTEAS VENETO**  
**VIA FELISATI, 18 – 30172 MESTRE (VE)**  
**FAX 041.2394635 – E-MAIL: ANTEASVENETO@VIRGILIO.IT**  
e  
**CATTOLICA ASSICURAZIONI – AGENZIA PARMA SANTA BRIGIDA**  
**B.GO XX MARZO 18/D – 43121 PARMA**  
**FAX 0521.200467 – E-MAIL: INFO@POLIZZAUNICADELVOLONTARIATO.IT**

STRUTTURA A.N.T.E.A.S.: \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Cod. Fisc.: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

PRESIDENTE: \_\_\_\_\_ Nato il: \_\_\_\_\_

Località: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Periodo di copertura richiesto:

**DALLE ORE 24.00 DEL \_\_\_\_\_ ALLE ORE 24.00 DEL 31/12/2014**

*(indicare il primo giorno di copertura utile – non antecedente alla data di trasmissione del fax/e-mail)*

**GARANZIE:**

ASSOCIATI – garanzia 1	OPERATORI VOLONTARI / ISCRITTI ATTIVI – garanzia 2
€ 30.000 in caso di morte da infortunio;	€ 100.000 in caso di morte da infortunio;
€ 30.000 in caso di invalidità permanente da infortunio;	€ 150.000 in caso di invalidità permanente da infortunio;
€ 300 spese trasporto in ambulanza per infortunio;	€ 50 per diaria da ricovero da infortunio;
€ 300 spese mediche (franchigia fissa € 50);	€ 50 per diaria da ricovero a seguito di malattia contratta in servizio o per causa di servizio;
€ 1.000.000 per ogni sinistro di responsabilità civile;	€ 50 per diaria gesso e altri presidi ortopedici;
Limite € 500.000 per persona;	€ 25 per diaria di ricovero day hospital;
Limite € 250.000 per animali e cose.	€ 5.000 per rimborso spese sanitarie;
	€ 5.000.000 per malattia professionale;
	€ 5.000.000 per ogni sinistro di responsabilità civile.
<b>PRESIDENTE E CONSIGLIO DIRETTIVO</b>	
€ 30.000 per ogni sinistro di responsabilità civile per danni patrimoniali provocati a terzi	

**RIEPILOGO PERSONE ASSICURATE – CONTEGGIO DEL PREMIO**

GARANZIE PRESCELTE	N. PERSONE ASSICURATE	PREMIO LORDO PER PERSONA	PREMIO LORDO TOTALE
ASSOCIATI		x € 2,50	
OPERATORI VOLONTARI		x € 15,00	
		<b>Totale</b>	

**PAGAMENTO:**

Tramite Bonifico Bancario

IBAN IT25 L 053 3602 0060 0004 6228 310

BANCA FRIULADRIA – DIPENDENZA 328 – MESTRE (VE)

Intestato a ANTEAS VENETO - ASSICURAZIONI

Firma del Presidente della Struttura A.N.T.E.A.S.: \_\_\_\_\_

**SINISTRI:** I sinistri devono essere denunciati utilizzando gli appositi moduli ed inviandoli tramite fax al n. 0521.200467 o tramite e-mail a: info@polizzaunicadelvolontariato.it

**INFORTUNI  
MALATTIA  
RAMO 31**

*Da inviare via Fax o via E-mail a Società Cattolica di Assicurazioni*



0521.200467 - info@polizzaunicadelvolontariato.it

B.go XX Marzo, 18/D  
43121 Parma  
Tel. 0521 469088

## **DENUNCIA INFORTUNIO MALATTIA**

<b>AGENZIA TITOLARE POLIZZA</b>	<b>CODICE</b>	<b>N° POLIZZA</b>	<b>N° SINISTRO</b>
<b>440 S. BRIGIDA PR</b>	<b>31</b>		
<b>ASSOCIAZIONE ASSICURATA</b>	<b>INDIRIZZO</b>		<b>TELEFONO</b>
<b>NOME COGNOME DEL DANNEGGIATO</b>	<b>INDIRIZZO</b>		<b>TELEFONO</b>

### **DESCRIZIONE DEL SINISTRO**

**IL GIORNO**

**ALLE ORE**

**IN LOCALITÀ**

**SI È VERIFICATO UN SINISTRO NELLE SEGUENTI CIRCOSTANZE:**

**I SOTTOSCRITTI DICHIARANO CHE LE INDICAZIONI CHE PRECEDONO  
SONO CONFORMI AL VERO E NE ASSUMONO LA PIENA RESPONSABILITÀ**

**L'ASSICURATO**

**IL PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE**

Agenzia Generale  
PARMA SANTA BRIGIDA  
Agente Generale  
**DOTT. GAETANO CAVARRETTA**

B.go XX Marzo, 18/D - 43121 Parma  
Tel. 0521 289580 - Fax 0521 200467  
E\_mail: parmasantabrigida@cattolica.it  
www.polizzaunicadelvolontariato.it



# RCD

Da inviare via Fax o via E-mail a Società Cattolica di Assicurazioni



0521.200467 - info@polizzaunicadelvolontariato.it

B.go XX Marzo, 18/D  
43121 Parma  
Tel. 0521 469088

## DENUNCIA DI DANNO RESPONSABILITÀ CIVILE

AGENZIA TITOLARE POLIZZA	CODICE	N° POLIZZA	N° SINISTRO
<b>440 S. BRIGIDA PR</b>	<b>32</b>		
ASSOCIAZIONE ASSICURATA	INDIRIZZO		TELEFONO
NOME COGNOME DEL DANNEGGIATO	INDIRIZZO		TELEFONO

### DESCRIZIONE DEL SINISTRO

IL GIORNO

ALLE ORE

IN LOCALITÀ

SI È VERIFICATO UN SINISTRO NELLE SEGUENTI CIRCOSTANZE:

I SOTTOSCRITTI DICHIARANO CHE LE INDICAZIONI CHE PRECEDONO SONO CONFORMI AL VERO E NE ASSUMONO LA PIENA RESPONSABILITÀ

L'ASSICURATO

IL PRESIDENTE DELL'ASSOCIAZIONE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_