



**MODULO RICHIESTA POLIZZA INTEGRATIVA**

**R.C.T.**

**Il Legale Rappresentante Sig./Sig.ra**

Cognome				Nome			
Sesso	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di Nascita			Luogo di Nascita		
Provincia di Nascita			Codice Fiscale				

**dell'Associazione**

DENOMINATA	.....
ACRONIMO	.....
Codice Fiscale o Partita IVA:	.....

**Con Sede Legale** (indicare l'indirizzo legale ai fini Assicurativi)

Via/Piazza			N°		Comune			CAP	
Regione			Provincia			Località			
Telefono			Fax			E-mail			

**CHIEDE L'INTEGRAZIONE DELLA POLIZZA R.C.T. fornita in accessorio dall'Ente convenzionato, impegnandosi a versare per la stessa un contributo integrativo di € 100,00 .**

*Certificato R.C.T. contro terzi per le Associazioni .*

*MASSIMALI - L'assicurazione vale per risarcimenti (capitali, interessi spese) fino alla concorrenza di: € 1.500.000,00..*



Vedi Contratto di polizza sul sito: [www.csen.it](http://www.csen.it)

**DOCUMENTI ALLEGATI**

FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL PRESIDENTE

TIPO ..... N° ..... RILASCIATO IL .....

LUOGO ..... DATA ..... FIRMA del Presidente .....