

POLIZZA UNICA ADS VOLONTARIO

ASSICURATO (Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore Volontario o Familiare)

NOME E COGNOME _____
LUOGO E DATA DI NASCITA _____
RESIDENZA (luogo, indirizzo e CAP) _____

CODICE FISCALE _____
INDIRIZZO E-MAIL _____
RECAPITO TELEFONICO _____

ASSISTITO/BENEFICIARIO (Persona Amministrata o Tutelata: non più di tre beneficiari assicurati)

1- NOME E COGNOME _____
CODICE FISCALE _____
COMUNE DI RESIDENZA _____
2- NOME E COGNOME _____
CODICE FISCALE _____
COMUNE DI RESIDENZA _____
3- NOME E COGNOME _____
CODICE FISCALE _____
COMUNE DI RESIDENZA _____

POLIZZA UNICA – GARANZIE E MASSIMALI

TUTELA LEGALE U.C.A.

	Massimale		Massimale
Spese legali e peritali fase penale	€ 15.000	Fase stragiudiziale e giudiziale	compreso
Spese legali e peritali fase civile	€ 15.000	Fase contrattuale e extracontrattuale	compreso
Avvocato scelto liberamente da Assicurato	compreso	Spese di soccombenza	comprese

R.C PATRIMONIALE

	Massimale		Massimale
R.C. Patrimoniale per rete associativa ADS	€ 30.000	Gestioni affari da mandato G.T.	€ 20.000
R.C. Patrimoniale per AdS Volontario	€ 20.000	Perdita, distruzione, detrioram. documenti	€ 20.000
Perdite patrim. cagion. a terzi e rappresentati	€ 20.000	Errato trattamento dati	€ 20.000

R.C. VERSO TERZI

	Massimale		Massimale
R.C. verso terzi e assistiti/rappresentati	€ 5.000.000	Oggetti in consegna e custodia	€ 250.000
Limite per persona	€ 5.000.000	Danni da interruzione e sospensione attività	€ 300.000
Limite per cose e animali	€ 5.000.000	Danni da inquinamento accidentale	€ 250.000
Danni presso terzi	€ 300.000	Danni a mezzi sotto scarico e scarico	€ 300.000
Danni da incendio	€ 300.000		

R.C. VERSO PRESTATORI D'OPERA

	Massimale		Massimale
R.C. Prestatori d'opera	€ 5.000.000	Limite per persona	€ 5.000.000

MALATTIA

	Massimale		Massimale
Malattia Professionale DPR 1124/65	€ 5.000.000	Diaria da Ricovero	€ 50/gg

INFORTUNI

	Massimale		Massimale
Morte	€ 200.000	Inabilità temporanea minori (assenza scolastica)	€ 30
Invalidità permanente (fr.3%)	€ 200.000	Danni a presidi ortopedici	€ 2.500
Diaria da ricovero	€ 50/gg	Rimborso spese mediche	€ 10.000
Day Hospital	€ 25/gg		

POLIZZA UNICA - CONTATTO ASSICURATIVO COLLETTIVO

CONTRAENTE	- AUXILIA OdV – Rete Amministratori di Sostegno Mantova
POLIZZA Cattolica Assicurazioni	- Infortuni N.00044031317755 - R.C. Generale N. 00044032315588
POLIZZA U.C.A.	- Tutela legale N. 1001023248
VALIDITA'	- dall' 11 aprile 2023 - all'11 aprile 2024

RICHIESTA

Il sottoscritto _____

ADERISCE

alla **Polizza Unica ADS Volontari** di cui Auxilia OdV è contraente a copertura di rischi connessi all'esercizio della funzione di Amministratore di Sostegno/Tutore/Curatore da me svolta come volontario o familiare,

SI IMPEGNA

a versare in un'unica soluzione anticipata il **premio di € 100,00** (cento) tramite Bonifico Bancario a favore di AUXILIA OdV - **IBAN N. IT 95 A 05034 11501 0000 0000 3816** precisando nella causale: **POLIZZA UNICA ADS** + nome dell'Assicurato (Amministratore di Sostegno-Tutore-Curatore)

E DICHIARA

di aver preso visione delle condizioni assicurative illustrate nel prospetto; di essere a conoscenza che la validità assicurativa decorre a partire dalle ore 24 del giorno di ricezione del bonifico di pagamento del premio assicurativo di euro 100 sul Conto corrente di Auxilia odv, sino alle ore 24 del giorno di scadenza della polizza collettiva e che, pertanto, il rinnovo annuale della polizza deve essere effettuato entro il 10 aprile di ogni anno.

Data _____

Firma

CONSENSO PER LA CONSERVAZIONE E IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali da me forniti sono connessi alle finalità assicurative e verranno conservati e trattati da Auxilia OdV e da Cattolica Assicurazioni nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

PRESA VISIONE

dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali di Cattolica Assicurazioni e di Auxilia OdV – pubblicate sul sito www.auxiliaodv.it

CONSENTO

NON CONSENTO

Al trattamento dei dati personali con **finalità relative all'attività assicurativa e liquidatoria** effettuata dal Titolare (Cavarretta Assicurazioni – Cattolica Assicurazioni) e dal Contraente (Auxilia OdV)

CONSENTO

NON CONSENTO

Al trattamento dei dati personali per **finalità di profilazione** effettuata dal Titolare (Cavarretta Assicurazioni - Cattolica Assicurazioni) e dal Contraente (Auxilia OdV).

Data _____

Firma