



# AGRIFONDO MUTUALISTICO Veneto e Friuli Venezia Giulia



Associazione per la Difesa del Reddito delle Aziende Agricole

Via F. S. Orologio, 6 35129 PADOVA

CF 92229860280 tel. 049-8077630 fax 049-8071324

PEC [agrifondomutualistico@pec.asnacodi.it](mailto:agrifondomutualistico@pec.asnacodi.it)

## **Domanda di partecipazione alla copertura mutualistica FONDO FITOPATIE E INFESTAZIONI PARASSITARIE DEI SEMINATIVI ENTE GESTORE: AGRIFONDO MUTUALISTICO VENETO E FRIULI VENEZIA GIULIA**

**Agricoltore aderente Nome .....Cognome .....Socio del Consorzio di Difesa di ..... N° (.....)**

Data di nascita: ..... Luogo di nascita: ..... Sesso:.....; Codice Fiscale/CUAA: .....; Partita IVA: .....

Residente a:..... (.....); Tel.: .....; e-mail: .....; Azienda di ha: .....

Dichiara:

- di aver sottoscritto, in adesione alla polizza collettiva contratta dal Consorzio di Difesa di cui è socio, per l'anno corrente, **il certificato di assicurazione n.....Compagnia.....Agenzia.....per il Prodotto:..... - cod.....** la cui produzione è conforme a quanto indicato nel PAI/PMI dell'anno ed è in conformità a quanto stabilito nel PGRA 2019;
- di voler coprire, conformemente a quanto stabilito nel Regolamento del Fondo, detto Prodotto e Valore, con il Fondo Fitopatie e Infestazioni Parassitarie dei Seminativi;
- di conoscere ad accettare le condizioni tutte del Regolamento del Fondo;
- di accettare che la eventuale Compensazione della perdita, sarà erogata dal Fondo nei tempi stabiliti dal Regolamento;
- **di accettare, in particolare, come previsto al comma 2 dell'art. 14 del Regolamento del Fondo in caso di insufficiente Disponibilità Finanziaria Annuale del Fondo, la refusione dei danni verrà eseguita in forma proporzionale tra tutti gli aventi diritto;**
- di impegnarsi a consegnare all'Ente Gestore tutta la documentazione, prevista dal Regolamento, per l'accesso alla copertura;
- autorizzare il Fondo ad accedere, anche in via telematica ai propri dati aziendali, contenuti nei sistemi informativi per la Gestione del rischio in Agricoltura in seno alla PAC ed all'utilizzo di tali dati necessari per la gestione del Fondo.

Durata della copertura dalla sottoscrizione del certificato di assicurazione sopra indicato fino alla raccolta del Prodotto comunque non oltre il 30 Novembre.

**Tot. Valore garantito (come indicato nel Certificato di assicurazione collegato): ..... % Contributo di partecipazione alla Copertura mutualistica:**

**Totale contributo:.....**

Per il medesimo Prodotto, valore garantito, avversità, coperti dal Fondo, esistono **coperture Mutualistiche/assicurative integrative non agevolate: Si/No**

**Come stabilito dal Regolamento del Fondo: Soglia: 30%**

**Franchigia: 20%**

**Il sottoscritto si impegna a versare il contributo a suo carico entro le scadenze stabilite dal Comitato del Fondo.**

IL SOCIO ADERENTE AL FONDO

---