**SCHEDA DI ADESIONE ANNO 2024**

|  |  |
| --- | --- |
| fabi | assonova |

 ESTRATTO DELLE CONDIZIONI CONTRATTUALI

#### ASSICURATI: Associati alla F.A.B.I. e ASSONOVA, compresi i componenti del nucleo familiare

#### OGGETTO DELL’ASSICURAZIONE

La Compagnia si obbliga a tenere indenne gli Assicurati per danni cagionati a terzi, persone e cose, in conseguenza di fatti accidentali verificatisi nell’ambito della vita privata che a titolo esemplificativo derivino da:

* Proprietà e/o conduzione abitazione abituale e di quelle non abituali comprese le dipendenze
* Esercizio non professionale di sport, partecipazione a gare ed allenamenti
* Esercizio di tutte le attività del tempo libero **(ivi comprese le previsioni dell’ art. 30 Decreto Lgs n. 40/2021)**
* Partecipazione quali genitori alle attività scolastiche ed a quelle autorizzate dalle autorità scolastiche per gite manifestazioni sportive, e simili.
* Danni provocati dai figli minori per messa in moto o guida di veicoli a motore, natanti, ciclomotori, ecc. ai sensi degli artt. 2047 e 2048
* La responsabilità civile derivante all’Assicurato a seguito di atto colposo, per gli infortuni subiti dai collaboratori familiari (domestici, baby-sitter) in occasione di lavoro o di servizio
* Proprietà, possesso ed uso di animali domestici (**ivi comprese le previsioni di cui al c.d. “Decreto Sirchia**”)
* Danni da spargimento di acqua in genere
* **Danni provocati da bicicletta elettrica e monopattino (massimale ridotto a 150.000 euro)**

#### FRANCHIGIE E SCOPERTI ESTENSIONE TERRITORIALE MASSIMALE UNICO

**€ 50,00 Mondo intero € 500.000,00**

Il S.A.B. FABI di:

Mail Recapito telefonico

**conferma la propria adesione alla copertura assicurativa RC Capo Famiglia in convenzione nazionale FABI/ASSONOVA**

Allo scopo provvede a versare, a mezzo bonifico bancario (trasmesso in copia unitamente alla presente) sul codice **IBAN IT 59 Q 01005 01600 000000002025 intestato AON SPA**, presso la **BNL – BANCA** **NAZIONALE DEL LAVORO -**  Milano, un premio lordo così computato

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Totale iscritti al S.A.B.** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Base iscritti per computo premio**(per la determinazione del numero totale iscritti al SAB leggi la circolare al punto ***“COME SI DETERMINA IL PREMIO COMPLESSIVO DA PAGARE”)*** |  |  **x € 5,00 = Euro**  |  |

|  |
| --- |
|  Per il periodo di copertura ed efficacia: **01.01.2024 – 31.12.2024** |

#####  TIMBRO e FIRMA del SAB PER ADESIONE (leggibile) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nota Bene**

**Il presente modulo di adesione con copia del bonifico bancario via mail a** **edvige.patrizia.barizza@aon.it****. Per qualsiasi necessità chiamare il numero 02.4543.4294**