


DOMANDA DI RIDUZIONE

A FAR DATA DAL ____ / ____ / ____

DOMANDA DI RIDUZIONE N. (/1, /2, /3 ecc.) RELATIVA AL CERTIFICATO/POLIZZA DI ASSICURAZIONE N.

 Assicurazione Grandine Svizzera Sede secondaria italiana - Milano <small>Schweizerische Hagel - Versicherungs - Gesellschaft - Società Svizzera d'Assicurazione contro la Grandine Sede principale: Seilergraben, 61 - 8001 Zurigo - Svizzera - Numero di Registro Imprese di Zurigo: CH-020.5.901.320-7 Tel. (+41) 44 257 22 11. Fax: (+41) 44 257 22 12 - E-mail: info@hagel.ch - Sito: www.hagel.ch Sede secondaria italiana: Via Carlo Poma, 42 - 20129 Milano - Fondo di dotazione e di organizzazione di Euro 5.000.000 Cod. Fisc., P. IVA e Num. di Registro Imprese di Milano: 04348610967 - Tel. (+39) 02 89 69 3700. Fax: (+39) 02 89 69 3701 E-mail: info@hagel.ch - Sito: www.assicurazionegrandine.it</small>	CODICE	INTERMEDIARIO	CODICE	Collaboratore	CODICE	CONTRAENTE	CODICE
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SOCIO ASSICURATO		COMUNE DI UBICAZIONE DEI RISCHI	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CODICE <input type="text"/>
N° <input type="text"/>	Cognome <input type="text"/>	Nome <input type="text"/>	

AVVERTENZA: Riportare i dati relativi a tutte le partite - anche di quelle per le quali non si chiede la riduzione, nel rispetto dello stesso numero d'ordine - descritte nel certificato di assicurazione o nell'eventuale precedente domanda di riduzione accettata e convalidata.
 Il sottoscritto chiede di ridurre i valori delle partite del certificato/polizza di assicurazione sopra richiamato, come di seguito specificato, secondo quanto previsto dalla Polizza convenzione e dai disposti delle Condizioni Generali di Assicurazione.

N. Partita	Data presumibile di inizio raccolto del prodotto	SPECIE DENOMINAZIONE VARIETÀ	PRODUZIONE IN GARANZIA			VALORE ASSICURATO INIZIALE	VALORE RIDOTTO	
			QUINTALI (in numeri interi) o PIANTE	PREZZO per QUINTALE o per PIANTA	VALORE ASSICURATIVO RESIDUO		VALORE ASSICURATO RIDOTTO	% di Riduzione
01	___/___/200__							%
02	___/___/200__							%
03	___/___/200__							%
04	___/___/200__							%
05	___/___/200__							%
MOTIVAZIONI			TOTALI					

Riservato al Contraente

Data richiesta riduzione _____ (deve corrispondere a quella della notifica tramite mod. NOTRID 509 della presente domanda di riduzione da parte dell'Intermediario alla Società e al Contraente) - Data decorrenza garanzia del certificato di assicurazione _____
 Agli effetti contrattuali la presente domanda di riduzione _____ (dall'origine o proporzionale) può essere oggetto di controllo e di eventuale rettifica da parte della Società assicuratrice.

Le domande non respinte formano parte integrante del corrispondente certificato di assicurazione o polizza a cui si rimanda per quanto attiene: estremi anagrafici del Socio, descrizione dei confini delle partite, Condizioni Generali e Speciali di assicurazione e decorrenza della garanzia.

PER LA SOCIETÀ L'INTERMEDIARIO _____ (Firma)	L'ASSICURATO _____ (Firma)
---	----------------------------------

18212_01/12/04

MOD. RIDUZ. 509 - Ed. 2005