  

**FORMULARI ADHESIÓ A LA PÒLISSA COL.LECTIVA DE ACCIDENTS PER ENTITATS SOCIES DE LA FEDERACIÓ DE DIABLES I DIMONIS DE CATALUNYA**

**DADES DE LA COLLA**

NOM ENTITAT:

NIF ENTITAT:

DOMICILI / C.P./ POBLACIÓ:

CAP DE COLLA O PERSONA DE CONTACTE:

E-MAIL:

TELF.:

**NOMBRE DE PERSONES QUE CAL ASSEGURAR:**

**CAPITALS I COSTOS PER ASSEGURAT:**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **CAPITAL ASEGURAT** |
| **MORT** | 15.000 € |
| **INVALIDESA** | 30.000 € |
| **ASSISTÈNCIA SANITARIA \*** | il·limitada en centres concertats i 600 € de lliure elecció |
| **COST ANUAL** | 7 € per persona |

* *Per a formalitzar l’adhesió a aquesta pòlissa col·lectiva, cal lliurar aquest full degudament emplenat per correu electrònic a* [*mvicente@arc.coop*](mailto:mvicente@arc.coop) *junt amb el comprovant de pagament per transferència a*
* *Beneficiari: MGS*
* *Entitat: Caixabank*
* *Compte corrent ES11* [*2100 0900*](callto:2100%200900)[*9502 0552*](callto:9502%200552) *9129*

*Signatura del president i segell de l’entitat*

*(població i data)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 201\_\_