

Torino, 30 aprile 2015  
Prot. n. 2361

Gentile Allevatore Consorziato,

con la presente confermiamo il ricevimento della Tua comunicazione e prendiamo atto della Tua volontà di disdettare la copertura assicurativa per il rimborso dei costi di smaltimento degli animali morti per mortalità ordinaria per il periodo dal 1 Aprile 2015 al 31 Dicembre 2015.

Conseguentemente in caso di morte degli animali nel Tuo allevamento non potrai più usufruire del servizio del Call Center Smaltimenti (Tel. 199151128), messo a disposizione dal Consorzio Co.Sm.An. e non potrai più beneficiare della procedura semplificata di cui alla D.G.R. n. 10-6022 del 28 Giugno 2013.

Nel caso in cui avessi erroneamente interpretato le nostre precedenti comunicazioni e non fosse Tua intenzione disdettare la copertura assicurativa, potrai ripristinarla inviando da subito la seguente comunicazione scritta al Consorzio Co.Sm.An. in cui manifesti la Tua volontà di ripristinare la copertura assicurativa.

Ti informiamo che il Consorzio Co.Sm.An. risulta convenzionato con tutte le principali Compagnie di Assicurazione per la tutela e la difesa delle produzioni vegetali e delle strutture aziendali, oltre che per la tutela e la difesa della produzioni zootecniche.

Siamo come sempre disponibili a darti il nostro supporto: per maggiori informazioni puoi contattarci presso gli uffici del Consorzio Co.Sm.An. al n.ro di **Telefono 011/4326084**, al n.ro di **Fax 011/4326085**, all'indirizzo e-mail [info@cosmanpiemonte.it](mailto:info@cosmanpiemonte.it) oppure all'indirizzo di PEC [cosman@pec.cosmanpiemonte.it](mailto:cosman@pec.cosmanpiemonte.it).

Cordiali saluti.

*Il Presidente  
Roberto Chialva*

---

**DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLE COPERTURE ASSICURATIVE  
PER IL PERIODO 01.04.2015 – 31.12.2015**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ consorziato del Consorzio Co.Sm.An.

identificato con codice CUA \_\_\_\_\_ con la presente dichiara di

VOLER aderire ai servizi assicurativi proposti per il periodo 01.04.2015 – 31.12.2015, dal sopra citato Consorzio.

In fede.

Data \_\_\_\_\_

Firma del titolare o del Legale Rappresentante

---

**Documento da restituire a mezzo fax al n. 011/4326085 o a mezzo PEC all'indirizzo [cosman@pec.cosmanpiemonte.it](mailto:cosman@pec.cosmanpiemonte.it).**