



## MODULO DI CESSAZIONE TOTALE DELLE ATTIVITA' POLIZZA PER RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO / CONTABILE E TUTELA LEGALE PER COLPA GRAVE

Il presente modulo deve essere compilato e firmato in ogni sua parte ed inviato ad Aon S.p.A. al seguente indirizzo e-mail: [convenzione.dipendentipubblici@aon.it](mailto:convenzione.dipendentipubblici@aon.it)

Customer Care Service **800.243.191** (lunedì/venerdì ore 9.30-13.30 e 14.30-18.30)

### DATI DELL'ASSICURATO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_  
Telefono \_\_\_\_\_ @mail \_\_\_\_\_

### CESSAZIONE TOTALE DELLE ATTIVITA'

L'Assicurato dichiara di aver cessato totalmente ogni attività esercitata presso la Pubblica Amministrazione

**N.B. LA CESSAZIONE TOTALE NON RIGUARDA L'ATTIVITA' IN ASPETTATIVA CHE DEVE RIMANERE ASSICURATA**

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### RICHIESTA ESTENSIONE PERIODO DI COPERTURA IN CASO DI CESSAZIONE TOTALE DELLE ATTIVITA'

L'Assicurato, a seguito di **cessazione totale delle attività assicurate e svolte presso la Pubblica Amministrazione** UNICAMENTE E OBBLIGATORIAMENTE tramite l'invio del presente modulo al Broker, dichiara di voler:

*NB: è necessario contrassegnare una delle due opzioni*

- Acquistare un nuovo periodo di copertura più ampio, previsto dall'Art. A.2.2. delle Condizioni di Polizza "Ultrattività - Estensione del periodo di ultrattività in caso di cessazione totale dell'Attività svolta"

*Alternativamente*

- Attivare gratuitamente un nuovo periodo di copertura di cinque (5) anni, previsto dall'Art. A.1.1. lettera b – Validità temporale dell'Assicurazione

Nel caso di richiesta acquisto del periodo di copertura più ampio, il Broker comunicherà il premio da corrispondere ai fini dell'attivazione. In caso di conoscenza di Circostanze e/o Richieste di Risarcimento - da indicare nella sezione DICHIARAZIONI SUI SINISTRI riportata di seguito - l'Assicuratore si riserva di valutare il rischio ed i termini dell'eventuale assunzione dello stesso.

Qualora non siano rispettate le modalità previste dalle Condizioni di Polizza, la presente garanzia non potrà essere acquistata.

### DICHIARAZIONI SUI SINISTRI da compilare solo in caso di richiesta dell'estensione del periodo di copertura

Negli ultimi 3 anni, l'Assicurato dichiara di essere venuto a conoscenza di Circostanze e/o Richieste di Risarcimento denunciate o meno all'Assicuratore AmTrust e/o a precedenti Assicuratori di Responsabilità Amministrativa per Colpa Grave e Tutela Legale?

**N.B. NON DEVONO ESSERE DICHIARATI I SINISTRI PER I QUALI CI SIA STATA UN'ARCHIVIAZIONE O CHIUSURA DEFINITIVA SENZA ONERI PER L'ASSICURATO O PER IL SUO ASSICURATORE (SINISTRO "CHIUSO SENZA SEGUITO")**

- NO  
 SI in caso di risposta affermativa specificare quanto segue:

Nr. di Circostanze/Richieste di Risarcimento: \_\_\_\_\_

Data di Notifica / Conoscenza (NB: per ogni Sinistro è necessario segnalare la data): \_\_\_\_\_

Importo del danno richiesto: (NB: per ogni Sinistro è necessario indicare l'importo, se richiesto): \_\_\_\_\_

Tipologia del sinistro/i e stato dell'eventuale procedimento/i: \_\_\_\_\_

### DICHIARAZIONI DI PRIMA ADESIONE

L'Assicurato dichiara di aver aderito alla Convenzione Dipendenti Pubblici intermediata da Aon in data: \_\_\_\_\_

NB: indicare l'anno di prima adesione

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara di aver fornito puntualmente ed esaurientemente tutte le informazioni che precedono ai fini della cessazione degli incarichi.

\_\_\_\_\_  
(Data) \_\_\_\_\_ (Nome e Cognome) Firma \_\_\_\_\_ (L'Assicurato)