

MODULO DI CESSAZIONE ATTIVITA'

Programma assicurativo FEDIR



**Responsabilità civile amministrativa e amministrativo contabile /Tutela Legale
Colpa Grave per il Dipendente pubblico e l'Amministratore di Enti pubblici**



Il presente modulo dovrà essere inviato a: francesca.ferigo@aon.it e info@fedir.it

DATI DELL' ASSICURATO	
Cognome/Nome	
Codice Fiscale	
Indirizzo	
Telefono/cell	
Email	

L'Assicurato dichiara di aver cessato totalmente ogni attività svolta presso Enti e Società appartenenti alla Pubblica Amministrazione, così come definita nelle condizioni di polizza (ogni persona giuridica soggetta alla giurisdizione della Corte dei Conti) in data ____/____/____

Motivo della cessazione _____

L'Assicurato richiede l'acquisto di un periodo di copertura successivo alla scadenza della Polizza pari a: ☐ 5 ANNI a pagamento (100% dell'ultimo premio annuo pagato) ☐ 10 ANNI a pagamento (200% dell'ultimo premio annuo pagato) *L'indicazione dei premi sopra indicati sono validi esclusivamente in assenza di sinistri noti. Il pagamento dovrà essere effettuato a mezzo bonifico a favore di: AON S.p.A. IBAN: IT0710200805351000104997859 Causale : Acquisto Postuma – Cognome e Nome – indicare sempre Fedir				
FUNZIONE /INCARICO				
ENTE				
Macroarea Amministrativa	Avvocati	Provveditori	Amministrativi	Segretari Comunali /Provinciali
Macroarea Tecnica	Ingegneri	Architetti	Direttivi	

* In presenza di sinistri compilare la sezione sotto riportata ed attendere comunicazione del premio da versare.

Per l'attivazione di tale garanzia, è necessario sottoporre la richiesta all'esplicita accettazione della Compagnia, inviando al Broker il presente modulo entro 15 (quindici) giorni dalla cessazione delle Attività presso la Pubblica Amministrazione e attendere il riscontro scritto da parte del Broker.

La Compagnia valuterà ogni richiesta anche sulla base della situazione Sinistri (da indicare nella sezione di seguito riportata) e dello stato di rischio del richiedente.

In caso di accettazione della richiesta l'Assicurato dovrà versare il relativo premio entro 15 giorni dal giorno della ricezione della conferma da parte del Broker.

NB: in caso di Circostanze/ Sinistri pendenti, la Compagnia si riserva di applicare maggiorazioni sul premio da versare.

MODULO DI CESSAZIONE ATTIVITA'

Programma assicurativo FEDIR



**Responsabilità civile amministrativa e amministrativo contabile /Tutela Legale
Colpa Grave per il Dipendente pubblico e l'Amministratore di Enti pubblici**



DICHIARAZIONE SINISTRI

L'Assicurato/ Aderente, nel corso degli ultimi 5 (cinque) anni è venuto a conoscenza di uno o più dei casi che seguono?

- La segnalazione, inviata all'Assicurato/Aderente dall'Ente di Appartenenza o direttamente dalla Corte dei Conti, inerente un'inchiesta promossa dalla Corte dei conti.
- La segnalazione, inviata all'Assicurato/Aderente dall'Ente di Appartenenza, di aver inoltrato l'informazione alla Corte dei conti in ordine ad eventuali danni.
- L'invito a dedurre o la citazione in giudizio dell'Assicurato/Aderente dinanzi alla Corte dei Conti.
- La comunicazione con la quale l'Ente di Appartenenza o la sua impresa di assicurazione manifesta all'Assicurato/Aderente di volersi rivalere nei suoi confronti per danni conseguenti ad un evento, errore od omissione attribuibili a colpa grave.

SI ☐ NO ☐

Se SI, indicare:

- Numero dei Sinistri:
- Anno Notifica dei Sinistri:
- Importo della richiesta danni o del danno liquidato:

Breve descrizione:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data

Firma