



DIREZIONE SICURA FULL

MODULO DI CESSAZIONE

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

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 ATTIVITÀ PRESSO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

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 ____/____/____

(N.B. LA CESSAZIONE TOTALE NON RIGUARDA L'ATTIVITÀ IN ASPETTATIVA CHE DEVE RIMANERE ASSICURATA)

e di voler:

- Attivare gratuitamente un'estensione di copertura di 5 anni, prevista dall'Art. A.1.1. lettera b – Validità temporale dell'Assicurazione

Alternativamente

- Acquistare un'estensione di copertura di 12 anni, prevista dall'Art. A.2.2. delle Condizioni di Polizza "Ultrattività - Estensione del periodo di ultrattività in caso di cessazione totale dell'Attività svolta".

In questo caso, il Broker comunicherà il premio da corrispondere ai fini dell'attivazione della garanzia.

In caso di conoscenza di Circostanze e/o Richieste di Risarcimento - da indicare nella sezione DICHIARAZIONI SUI SINISTRI riportata di seguito - l'Assicuratore si riserverà di valutare il rischio ed i termini dell'eventuale assunzione dello stesso.

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

CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ ASSICURATA CON PROSECUZIONE DI ALTRE ATTIVITÀ DI MINOR RISCHIO E MAI ASSICURATE

NB: la seguente estensione di copertura è valida solo per le nuove adesioni e rinnovi successivi alla data del 31.12.2024

L'Assicurato dichiara di aver cessato le Attività assicurate in data ____/____/____ e di proseguire con lo svolgimento di altre Attività di minor rischio, mai assicurate con la Polizza AmTrust.

L'Assicurato è interessato ad acquistare un'estensione di copertura di 5 anni successivi alla scadenza della polizza non rinnovata, come previsto dall'Art. A.2.3. delle Condizioni di Polizza "Ultrattività - Estensione della copertura in caso di cessazione totale dell'Attività Assicurata ma prosecuzione di altre attività"

- SÌ
 NO

Nel caso di richiesta di acquisto dell'estensione di copertura di 5 anni, è necessario far pervenire la richiesta, tramite questo modulo, al Broker **entro e non oltre 30 giorni** dalla scadenza del contratto in essere alla cessazione del rischio, pena la decadenza della possibilità di richiederla.

Il Broker comunicherà il premio da corrispondere ai fini dell'attivazione della presente garanzia e il premio dovrà essere pagato **entro 10 giorni** dal ricevimento della comunicazione del Broker.

In caso di conoscenza di Circostanze e/o Richieste di Risarcimento - da indicare nella sezione DICHIARAZIONI SUI SINISTRI riportata di seguito - l'Assicuratore si riserverà di valutare la richiesta.

