



MODULO DI CESSAZIONE TOTALE DI TUTTE LE ATTIVITA'. DIREZIONE SICURA SMART

POLIZZA PER RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E AMMINISTRATIVO / CONTABILE E TUTELA LEGALE

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 ATTIVITA'

L'Assicurato dichiara di aver cessato totalmente ogni attività esercitata presso la Pubblica Amministrazione in data ____/____/____

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

RICHIESTA ESTENSIONE PERIODO DI COPERTURA

L'Assicurato richiede l'acquisto di un periodo di copertura successivo alla scadenza della Polizza pari a:

- 5 ANNI a pagamento
 10 ANNI a pagamento

Per l'attivazione di tale garanzia, è necessario sottoporre la richiesta all'esplicita accettazione della Compagnia, inviando al Broker il presente modulo entro 60 (sessanta) 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.

DICHIARAZIONI SUI SINISTRI

Negli ultimi 5 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 – Amministrativo contabile 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)