

Modulo di adesione a polizza convenzione

Polizza

IN CONVENZIONE

Assicuratore	LLOYD'S
--------------	---------

RICHIESTA DI COPERTURA

Spettabile

Assidea & Delta srl – Willis Italia SpA

Telefax n.

0874 484114

All'attenzione di Ufficio Gestione

Il/La sottoscritto/a**Residente in Via**

Città

codice fiscale

con funzione/carica

Ente di appartenenza

[illegible]

presa visione delle condizioni contrattuali e di garanzia della polizza sopra indicata riguardante la copertura assicurativa individuale ad adesione della responsabilità amministrativa e contabile e per colpa grave, **aderisce** a quanto proposto e **chiede** quindi la attivazione della copertura assicurativa nei termini seguenti:

Massimale di garanzia:

euro

1	5	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---

 ,

0	0
---	---

 per sinistro e anno assicurativo

Massimale di garanzia in caso di corresponsabilita' tra piu' Assicurati appartenenti al medesimo Ente:

euro

3	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---

 ,

0	0
---	---

 se previsto

Decorrenza e scadenza della copertura assicurativa:

dalle ore 24 del

3	1
---	---

 /

1	2
---	---

 /

2	0	1	0
---	---	---	---

 alle ore 24 del

3	1
---	---

 /

1	2
---	---

 /

2	0	1	1
---	---	---	---

Decorrenza della garanzia retroattiva e scadenza della garanzia ultrattiva:

dalle ore 24 del

3	1
---	---

 /

1	2
---	---

 /

2	0	0	5
---	---	---	---

 alle ore 24 del

3	1
---	---

 /

1	2
---	---

 /

2	0	1	6
---	---	---	---

QUESTIONARIO

Questa parte informativa riguardante i precedenti assicurativi e i sinistri deve essere necessariamente compilata *

Il/La sottoscritto/a **dichiara:**

di avere ☐ di non avere ☐ In corso altre coperture assicurative analoghe / simili a questa
se si: specificare n. di polizza e assicuratore (se Lloyd's, il nome del sottoscrittore)

che sono ☐ che non sono ☐ mai state annullate dagli assicuratori coperture per questi rischi
se si': specificare

che sono ☐ che non sono ☐ mai state presentate negli ultimi 5 anni denunce nei propri confronti al
Procuratore Regionale della Corte dei Conti ai sensi delle norme vigenti
se si': specificare _____

Ai sensi e per gli effetti del disposto degli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, il sottoscritto **dichiara** anche di non essere a conoscenza di fatti o circostanze suscettibili di causare o di aver causato danni rientranti nell'oggetto del contratto di assicurazione sopra indicato

* = se necessario, allegare al presente modulo fogli ulteriori datati e sottoscritti, indicandone il numero

(luogo / data / **firma**)

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER RICEVUTO E PRESO VISIONE DEI DOCUMENTI COMPONENTI IL “FASCICOLO INFORMATIVO” COME PREVISTO DALL’ART.32 P.TO 2 DEL REGOLAMENTO No. 35 DELL’ISVAP.

Nome e Cognome :

Data :

Firma :