



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

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)