

SCHEDA DI ADESIONE ALLA GARANZIA "ESTENSIONE COLPA GRAVE"

Il dipendente dovrà compilare la presente Scheda di Adesione e l'Informativa Privacy in modo completo, leggibile ed in stampatello, accertandosi dell'avvenuta consegna presso il Broker dell'Azienda: Assidea & Delta srl - Piazza Vittorio Emanuele II, 23 - Campobasso - fax 0874 484114 / 0865 29382 - email: info.campobasso@assideadelta.it

Il/la sottoscritto/a _____ matricola _____ nato/a a _____, il _____
residente a _____ via _____ codice fiscale _____
indirizzo email _____ n.ro telefono mobile _____; in qualità di _____
_____ presso l'U.O. _____ di (Indicare la località/P.O.) _____

CHIEDE

di aderire all'estensione di garanzia, comunemente definita "Estensione di garanzia Colpa Grave", previste nelle polizze di Responsabilità Civile Terzi e Dipendenti AmTrust Europe Limited n. ITOMM1100713 e di Tutela Legale Assitalia n.139380 contratte dall'A.S.Re.M., in applicazione a quanto stabilito nei Contratti Collettivi di Lavoro della Dirigenza e del Comparto, con decorrenza, così come di seguito disciplinato:

dalla data di effetto della polizza di Responsabilità Civile 30.06.2011 e fino alla scadenza contrattuale fissata al 31.12.2013, salvo disdetta e conseguente cessazione del contratto, mentre per la polizza di Tutela Legale dal 30.06.2011 e fino alla scadenza contrattuale del 31.12.2011, salvo il prosieguo all'esito dell'espletanda procedura di gara;

in alternativa

successivamente al 30.08.2011, dal 1° giorno del mese successivo alla sottoscrizione del presente modulo e fino alla scadenza contrattuale dei contratti (31.12.2013 per la polizza RCT e 31.12.2011 per la polizza Tutela Legale, salvo il prosieguo all'esito dell'espletanda procedura di gara).

AUTORIZZA

L'Ufficio Gestione del Personale dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise a provvedere alla trattenuta mensile dal proprio stipendio nella misura di**: Euro 50,00 (per la Dirigenza) - Euro 7,10 (per il Comparto Cat.D), quale premio complessivo dovuto alle società di assicurazioni per rendere efficaci le "Estensioni di garanzia Colpa Grave" in suo favore normate nelle polizze di Responsabilità Civile Terzi e Tutela Legale; ** *crocesegnare quella di appartenenza*

ED ALLEGA MODULO INFORMATIVO SULLA PRIVACY ED INFORMATIVA PRECONTRATTUALE SOTTOSCRITTI

Data _____ FIRMA _____

Il sottoscritto a tal fine **DICHIARA**

di aver preso visione e di accettare le condizioni contrattuali delle polizze riportate nelle schede tecniche ed, in particolare, si impegna a comunicare prontamente alla propria Azienda qualsiasi richiesta e/o atto di natura risarcitoria giunga a sua diretta conoscenza, oltre agli estremi della propria polizza assicurativa.

di **NON AVERE RICEVUTO**, limitatamente agli ultimi 5 anni, qualsiasi atto di citazione in giudizio oppure qualsiasi comunicazione scritta che faccia riferimento ad una richiesta danni derivante da atti, fatti e/o omissioni che sono stati commessi o si presume siano stati commessi; In caso di risposta negativa ad almeno una delle domande sopra esposte, specificare di seguito: breve descrizione dell'evento, data evento, compagnia assicuratrice che ha in carico il sinistro:

1. _____
2. _____

Avvertenze: Sono escluse le richieste di risarcimento e gli eventi dannosi per cui il Dipendente abbia già ricevuto notifica di qualsiasi atto di citazione in giudizio oppure qualsiasi comunicazione scritta pervenuta alla data di sottoscrizione del presente modulo. L'inesatta, incompleta o non chiara compilazione della scheda sarà motivo di rigetto della stessa.

Eventuali richieste di informazioni di carattere tecnico potranno essere formulate sia in fase di sottoscrizione che durante l'efficacia delle garanzie all'indirizzo email: info.clienti@assideadelta.it; Copia delle schede tecniche delle polizze contratte dall'Azienda possono essere richieste via email all'indirizzo info.clienti@assideadelta.it avendo cura di riportare i dati identificativi del richiedente; **Resta inteso, altresì, che è facoltà dell'Azienda, in base all'evolversi dei contratti assicurativi (esempio: recesso anticipato e/o disdetta, proroghe e/o riforme contrattuali), modificare i termini delle polizze attualmente vigenti.**

Data _____ FIRMA _____