

MODULO DI ADESIONE

Nome e Cognome.....

Codice Fiscale.....

Indirizzo.....

CAP.....Città.....Prov.....

TEL/CELL:.....E-MAIL:.....

Incarico ricoperti/Qualifica.....

Massimale	Premio	
€ 1.000.000,00	€ 160,00	<input type="checkbox"/>
€ 2.000.000,00	€ 250,00	<input type="checkbox"/>
€ 3.000.000,00	€ 360,00	<input type="checkbox"/>

allego copia della disposizione di bonifico di € _____

La garanzia assicurativa decorrerà dalla data di accredito del bonifico sul c/c intestato a GBSAPRI SPA
IBAN: IT90X088517232200000208064 – causale: adesione convenzione Colpa Grave Amministratore e Dirigenti / Funzionari Poste Italiane

N.B. il pagamento dovrà essere effettuato al netto di ogni spesa bancaria.

Il contratto deve essere inviato al seguente Indirizzo:

N.B: La Compagnia si riserva l'accettazione della copertura assicurativa in relazione alle dichiarazioni rese dall'Assicurato. In caso di rifiuto della copertura, il premio pagato verrà tempestivamente restituito.

L'ASSICURATO DICHIARA:

Agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892-1893 Codice Civile:

- ✓ Di aver avuto polizze stornate per danno negli ultimi cinque anni; SI NO
- ✓ Di aver altre assicurazioni in corso; SI NO
- ✓ Di avere ricevuto richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi; SI NO
- ✓ Di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento, per fatto a Lui imputabile, già al momento della stipula dell'Assicurazione. SI NO

Preso atto dei diritti riconosciuti all'interessato dal D.Lgs. 196/2003, acconsento al trattamento dei dati qui forniti, consapevole che l'esecuzione dei servizi richiesti non può aver luogo senza comunicazione dei dati personali alla GBSapri Spa per le finalità e nei limiti indicati dalla suddetta legge.

Data

L'ASSICURATO