

MODULO DI ADESIONE

Nome e Cognome.....

Codice Fiscale.....

Indirizzo.....

CAP.....Città.....Prov.....

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

Incarico ricoperto/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"/>
€ 4.000.000,00	€ 420,00	<input type="checkbox"/>
€ 5.000.000,00	€ 500,00	<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 IT90X0885172322000000208064 – causale: adesione convenzione Colpa Grave Amministratori 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 S.p.A. per le finalità e nei limiti indicati dalla suddetta Legge.

Data

L'ASSICURATO

.....

.....