AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

asl pescara

Mediass
INSURANCE NETWORK

Modulo di adesione alla Convenzione assicurativa ad adesione facoltativa per copertura "Colpa Grave" n° RCM21007 AmTrust

Il Sottoscritto _____

residente in Via / Piazza _____

CAP_____Città_____Provincia_____

Codice Fiscale_____che ricopre la qualifica di _____

per l'Azienda Unità Sanitaria Locale n° 3 di Pescara, in organico a far data dal _____

DICHIARA

di voler aderire alla CONVENZIONE AD ADESIONE FACOLTATIVA PER COPERTURA "COLPA GRAVE"

-Categoria (barrare quella di appartenenza):

☐ Dirigente Medico	Premio annuo lordo di adesione € 500,00
☐ Dirigente del ruolo sanitario	Premio annuo lordo di adesione € 600,00
☐ Personale afferente Area del comparto	Premio annuo lordo di adesione € 400,00
☐ Medico Specializzando	Premio annuo lordo di adesione € 400,00

Dichiarazioni dell'Aderente / Assicurato:

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile, il/la sottoscritto/a dichiara di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento per fatto a lui imputabile, ovvero di circostanze tali da impegnare le garanzie previste dalla presente adesione.

Data / / Firma (leggibile) _____

Il sottoscritto prende atto di quanto previsto dalla Legge 196/2006 (Legge sulla privacy) ed acconsente, ai sensi degli Artt. 11,22,24 e 28 della predetta Legge, al trattamento dei dati personali nel rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data / / Firma (leggibile) _____