



**MODULO DI CESSAZIONE TOTALE DELLE ATTIVITA' SVOLTE
POLIZZA DI RESPONSABILITÀ AMMINISTRATIVA E
AMMINISTRATIVO / CONTABILE PER COLPA GRAVE
MEMBRI DI ORDINI, COLLEGI PROFESSIONALI E FEDERAZIONI SPORTIVE**

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' SVOLTE

L'Assicurato dichiara di aver cessato ogni Attività presso albi, collegi, registri, ordini professionali e/o federazioni sportive

in data ____/____/____

Indicare la Fascia di Rischio relativa all'Attività cessata

- A Organi di vertice e/o Vice
 B Consiglieri

Descrizione Ente _____ Provincia di _____

RICHIESTA DI ESTENSIONE DEL PERIODO DI COPERTURA SOLO IN CASO DI CESSAZIONE TOTALE DELL'ATTIVITA' SVOLTA

Qualora si desidera acquistare un periodo di copertura **ultrattivo di 10 anni** è necessario seguire le istruzioni sotto riportate:

- In caso di **assenza sinistri** (o di numero inferiore a 3) denunciati su polizza AmTrust, è necessario inviare il presente modulo al Broker e contestualmente provvedere al pagamento di un premio pari ad € 50,00 tramite bonifico bancario:
- IBAN IT0710200805351000104997859
BENEFICIARIO Aon S.p.A. – Via Calindri, 6 – 20143 Milano (MI)
CAUSALE – Garanzia Ultrattiva 10 anni – NOME COGNOME
- In caso di **3 o più sinistri** denunciati su polizza AmTrust è necessario compilare le informazioni sotto riportate ed inviare il presente modulo al Broker entro 60 (sessanta) giorni dalla cessazione delle attività. La Compagnia AmTrust valuterà la richiesta e, in caso di accettazione, il Broker comunicherà il premio da corrispondere.
- o Nr. di Circostanze / Richieste di Risarcimento: _____
 - o Data di Notifica / Conoscenza: _____
 - o Importo del danno richiesto: _____
 - o Breve descrizione: _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara di aver fornito puntualmente ed esaurientemente tutte le informazioni che precedono ai fini della variazione dei rischi

(Data) _____ (Nome e Cognome) Firma _____ (L'Assicurato)