



**MODULO DI VARIAZIONE RISCHIO**  
**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. entro 30 giorni dall'avvenuta variazione del rischio (Art. 21 "Variazione dell'attività" del set informativo) al seguente indirizzo e-mail:  
[convenzione.dipendentipubblici@aon.it](mailto: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 \_\_\_\_\_

**ACQUISIZIONE / CESSAZIONE PARZIALE DELLE ATTIVITA' ASSICURATE**

L'Assicurato dichiara di aver:

- ACQUISITO UNO O PIU' INCARICHI
- CESSATO UNO O PIU' INCARICHI, MANTENENDONE ALTRI

in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Indicare la Fascia di Rischio relativa all'Attività acquisita o cessata

- A Organi di vertice e/o Vice
- B Consiglieri

Descrizione Ente \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

**VARIAZIONE DELLE ATTIVITA' ASSICURATE**

L'Assicurato dichiara di svolgere dal \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ la seguente Attività:

Fascia di Rischio

- A Organi di vertice e/o Vice
- B Consiglieri

Descrizione Ente \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

in **SOSTITUZIONE** della seguente Attività:

Fascia di Rischio

- A Organi di vertice e/o Vice
- B Consiglieri

Descrizione Ente \_\_\_\_\_ Provincia di \_\_\_\_\_

**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)