

SCHEDA ADESIONE ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA AI CASI DI COLPA GRAVE

NUOVA ADESIONE / POLIZZA

Spett.le
DOMUS MEDICA SERVIZI
Mail: info@domusmedicaservizi.it

POLIZZA LLOYD'S INSURANCE COMPANY S.A.
Periodo di copertura : 12 mesi dalle ore 00:01 della data di adesione

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ il _____
codice fiscale _____
residente a _____ (_____) _____
telefono _____ email _____

In servizio presso l'Unità Operativa
di _____ dell'Azienda _____,
quale appartenente alla sotto specificata categoria:

CATEGORIA:	PREMIO ANNUO LORDO : EURO €
MASSIMALI PER SINISTRO:	EURO €:
RETROATTIVITA	ANNI:

PRESO ATTO

delle condizioni normative della polizza sopra richiamata;
Massimali : Euro per sinistro con retroattività' e nessuna franchigia

DICHIARA

- di voler aderire alla copertura assicurativa Lloyd's insurance Company S.A. "Polizza rivalsa per colpa grave" anno 2019;**
- di non aver ricevuto richieste di risarcimento e/o circostanze così' come definite dal presente contratto negli ultimi cinque anni**
- di non aver mai riportato, prima della stipulazione della presente polizza, una condanna in qualunque stato e grado di giudizio in sede civile o penale, al risarcimento di danni che potrebbero successivamente dare luogo ad un sinistro coperto dalla presente assicurazione e di non essere a conoscenza di eventuali risarcimenti operati a Terzi da parte della propria Azienda di appartenenza e/o da parte di altra Azienda, in sede giudiziale o extragiudiziale, relativamente a comportamenti colposi a lui imputabili.**

Il/La sottoscritto/a ha provveduto al pagamento del premio mediante versamento sul c/c intestato a :-
DOMUS MEDICA SERVIZI (conto separato e dedicato di cui all'articolo 117 del d.lgs 209/2005, in ossequio alla
vigente normativa art. 3 della legge 13 agosto 2010 n. 136, giusta determinazione a.v.c.p. 18.11.2010 n. 8 paragrafo 4
punto quinto)

IBAN IT 68 Y 03069 60756 10000002593

in data _____ come da ricevuta che si allega

CAUSALE DA INDICARE NEL BONIFICO : Adesione alla colpa grave – Polizza LLOYD'S MCSURE Anno 2019

Decorrenza : Periodo Annuo dal

DATA

IL PROPONENTE
