

**SCHEMA 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 100000002593**

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_