



MODULO VARIAZIONE DI RISCHIO COLPA GRAVE PER ISCRITTI S.I.Ve.M.P.

Sara Assicurazioni S.p.A.

Il presente Modulo deve essere compilato e sottoscritto in ogni sua parte ed inviato ad AON S.p.A. all'indirizzo e-mail **sivemp@aon.it**

Customer care 0287232383 (da lunedì a venerdì dalle 9,30 alle 13,30 e dalle 14,30 alle 18,30)

DATI ASSICURATO

Nome: Cognome:
 Codice Fiscale:
 Tel: Fax: Cell: E-mail:

CESSAZIONE TOTALE DELL'ATTIVITÀ ESERCITATA

Dichiaro di aver **cessato** totalmente l'attività esercitata come dipendente o in regime di convenzionamento con il SSN per intervenuto pensionamento e richiedo quindi l'attivazione della garanzia postuma decennale prevista dal contratto da me sottoscritto.

La cessazione sopra indicata è avvenuta o avverrà a far tempo dalla data del:

-----/-----/-----

VARIAZIONE DELL'ATTIVITÀ ESERCITATA

Dichiaro di aver **acquisito** l'incarico di Direttore di Dipartimento (del Dipartimento di Prevenzione per i veterinari) e di Direttore di struttura o unità operativa complessa (SC o UOC) e richiedo quindi l'attivazione della condizione speciale A (che prevende un aumento di premio lordo pari ad € 100,00 per anno assicurativo).

Dichiaro di aver **acquisito** l'incarico di Responsabile di struttura o unità operativa semplice dipartimentale (SSD o UOSD) e Responsabile di struttura o unità operativa semplice (SS o UOS) e richiedo quindi l'attivazione della condizione speciale B (che prevende un aumento di premio lordo pari ad € 50,00 per anno assicurativo).

Dichiaro di aver **cessato** l'incarico di Direttore di Dipartimento (del Dipartimento di Prevenzione per i veterinari) e di Direttore di struttura o unità operativa complessa (SC o UOC).

Dichiaro di aver **cessato** l'incarico di Responsabile di struttura o unità operativa semplice dipartimentale (SSD o UOSD) e Responsabile di struttura o unità operativa semplice (SS o UOS).

Dichiaro di aver **intrapreso** anche l'attività di libera professione (ovvero svolto al di fuori del rapporto lavorativo in corso con il SSN) e richiedo quindi l'attivazione della condizione speciale D (che prevende un aumento di premio lordo pari ad € 200,00 per anno assicurativo).

Dichiaro di aver **intrapreso** anche l'attività di ricerca, sperimentazione ed ingegneria genetica e richiedo quindi l'attivazione della condizione speciale E (che prevende un aumento di premio lordo pari ad € 75,00 per anno assicurativo).

La variazione sopra indicata è avvenuta o avverrà a far tempo dalla data del:

-----/-----/-----

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

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

Data

Firma