



MODULO VARIAZIONE DI RISCHIO

COLPA GRAVE PER ISCRITTI S.I.Ve.M.P.

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 **definitivamente cessato** l'attività esercitata nella pubblica amministrazione o amministrazione dello Stato, come dipendente o in regime di convenzionamento, 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:

- ☐ Direzione di struttura complessa interdisciplinare e veterinaria (garanzia estesa)
☐ Direzione di struttura complessa veterinaria
☐ Responsabile di struttura semplice

e richiedo quindi l'attivazione della relativa condizione speciale, impegnandomi a corrispondere l'aumento di premio previsto dalle condizioni generali di assicurazione.

Dichiaro di aver **cessato** l'incarico di:

- ☐ Direzione di struttura complessa interdisciplinare e veterinaria (garanzia estesa)
☐ Direzione di struttura complessa veterinaria
☐ Responsabile di struttura semplice

☐ **Esclusivamente per medici veterinari:** dichiaro di aver **intrapreso** l'attività di libera professione (ovvero svolta al di fuori del rapporto lavorativo in corso con la pubblica amministrazione o amministrazione dello Stato) e richiedo quindi l'attivazione della Condizione Speciale D, impegnandomi a corrispondere l'aumento di premio previsto dalle condizioni generali di assicurazione.

☐ **Esclusivamente per medici veterinari:** dichiaro di aver **intrapreso** l'attività di ricerca, sperimentazione ed ingegneria genetica e richiedo quindi l'attivazione della Condizione Speciale E, impegnandomi a corrispondere l'aumento di premio previsto dalle condizioni generali di assicurazione.

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