



## MODULO DI VARIAZIONE RISCHIO POLIZZA TUTELA LEGALE PER I DIPENDENTI DI ENTI PUBBLICI SANITARI

Qualora la variazione del rischio comporti il passaggio da una fascia di rischio ad un'altra, il presente modulo **debitamente sottoscritto** deve essere compilato e firmato in ogni sua parte ed **inviato ad Aon S.p.A.:**

- all'indirizzo e-mail [convenzione.medici@aon.it](mailto:convenzione.medici@aon.it)
- allegandolo nella sezione "Documenti e Firme" presente nel preventivo del portale One Affinity

Il presente modulo deve essere **conservato** con cura, poiché, unitamente alla Polizza ed alle Condizioni di Assicurazione, costituisce parte integrante del contratto di assicurazione.

**Nota bene:** L'Assicurato deve effettuare il pagamento del premio di rinnovo esclusivamente a seguito di comunicazione da parte del Broker.

### Customer Care Service

**800.243.191**

**da lunedì a giovedì:**

ore 9.30-12.30 e 14.30-17.00

**venerdì:** ore 9.30-12.30

**@mail:**

[convenzione.medici@aon.it](mailto:convenzione.medici@aon.it)

Da:	A: <b>Specialty Professional Services - Aon S.p.A.</b> Polizza Tutela Legale per i Dipendenti di Enti Pubblici Sanitari
Data:	



## MODULO DI VARIAZIONE RISCHIO POLIZZA TUTELA LEGALE PER I DIPENDENTI DI ENTI PUBBLICI SANITARI

### DATI DELL'ASSICURATO

Cognome e Nome \_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ @-mail \_\_\_\_\_

### VARIAZIONE RISCHIO

L'Assicurato dichiara che in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ha:

CESSATO la carica di \_\_\_\_\_ a seguito di \_\_\_\_\_

VARIATO la carica di \_\_\_\_\_ in

- FASCIA A: Medici che effettuano interventi chirurgici / Anestesisti – Rianimatori
- FASCIA B: Dirigente Sanitario non Medico / Medici che non effettuano interventi chirurgici
- FASCIA C: Specializzando / Personale Sanitario non Dirigente – Comparto / Veterinari

presso la Struttura Sanitaria \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

### VARIAZIONE MASSIMALE A RINNOVO

l'Assicurato dichiara

- di essere assicurato con il seguente massimale

30.000,00       50.000,00       70.000,00

- di volere acquisire il seguente massimale, manifestando la propria volontà a mezzo della sottoscrizione del presente modulo

30.000,00       50.000,00       70.000,00

### OPERATIVITA DEL NUOVO MASSIMALE

Il presente modulo **debitamente sottoscritto** deve essere **inviato ad Aon S.p.A. a mezzo fax al n. 02.87230511**, almeno 15 giorni prima della data di scadenza della polizza; in questo caso, il nuovo massimale sarà operante dalla data di scadenza se il Premio viene pagato entro i termini di mora previsti dalle condizioni generali di assicurazione (art. 1 – Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia).

Diversamente, la variazione del massimale può essere attivata solo in occasione della successiva scadenza annuale.

### DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara di aver fornito puntualmente ed esaurientemente tutte le informazioni che precedono ai fini della variazione del rischio.

\_\_\_\_\_  
(Data)    (Nome e Cognome)    Firma: \_\_\_\_\_  
(L'Assicurato)