

E. MODULO DI ADESIONE

Contraente

I.L.A. in nome e per conto delle persone Assicurate (a norma dell'art. 1891 c.c.), come di seguito definite

Persone Assicurate

E' persona Assicurata ogni dipendente il quale:

- a) Abbia aderito alla copertura su indicata sottoscrivendo il relativo MODULO DI ADESIONE ed il cui nominativo risulti da apposita Appendice/Certificato;
- b) Abbia corrisposto il relativo premio secondo le modalità stabilite.

Dati generali riguardanti l'Assicurato

Nome e Cognome			
Indirizzo			
Cap, Città, Provincia			
Codice Fiscale		Tel.	
Ente di appartenenza			
E-mail		Fax	
Inquadramento		Numero Iscrizione I.L.A.	

Data di conferimento incarico	
Art. 2 – Funzioni svolte precedentemente (indicare le attività precedentemente svolte presso l'Ente di appartenenza) dal/...../..... dal/...../.....

Massimale per anno e per sinistro: €2.500.000,00	Retroattività: Anni 5	Franchigia: NESSUNA
---	-----------------------	---------------------

Inquadramento professionale (segnare con una crocetta la mansione svolta)	PREMI
<input type="checkbox"/> ISPETTORE DEL LAVORO CAPO AREA – CAPO LINEA . CAPO S.I.L.	€ 100,00
<input type="checkbox"/> ISPETTORE DEL LAVORO ORDINARIO CHE PUO' SVOLGERE ANCHE FUNZIONI TECNICHE	€ 90,00
<input type="checkbox"/> ISPETTORE DEL LAVORO CON INQUADRAMENTO DI TECNICO	€ 90,00
<input type="checkbox"/> ISPETTORE DEL LAVORO CHE SVOLGE ANCHE SALTUARIAMENTE ATTIVITA' GIURIDICA	€ 83,00

NOTA BENE: Il presente modulo varrà per le adesioni che ci saranno inviate entro il 19.11.2012. Con l'invio del modulo di adesione ed il versamento dell'importo indicato, la copertura sarà valida fino al 19.05.2013, data dalla quale verrà uniformata la scadenza per tutti coloro che avranno aderito dal 19.05.2012 al 19.11.2012. La scadenza del 19.11.2012 sarà l'unica possibile per coloro che intendono aderire alla polizza ILA. I Sigg.ri Ispettori che volessero successivamente sottoscrivere la polizza, potranno farlo dalla scadenza annuale del 19.05.2013.

Gli interessati dovranno inviare il presente modulo e copia del bonifico bancario a mezzo e-mail all'indirizzo n.contegiacomo@alliancebroker.it

Durata polizza: 6 mesi con scadenza il 19/05/2013

PREMIO LORDO ALLA FIRMA €.....

COORDINATE BANCARIE

Banca: Banco di Napoli
Beneficiario: Alliance Broker S.p.A-
Causale: Adesione RC Patrimoniale ILA
Codice IBAN: IT18D0101076094615294541697

L'Assicurando dichiara, agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892-1893 c.c., di non aver ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento già al momento della stipulazione dell'assicurazione, per fatto a lui imputabile accaduto e posto in essere negli ultimi 5 anni anche relativamente alle attività precedentemente svolte e sopra indicate.

L'assicurato, con la sottoscrizione del presente Modulo, dichiara di aver preso visione e di approvare ed accettare senza riserva tutte le condizioni previste dalla presente convenzione, che è depositata presso la Contraente.

L'Assicurato dichiara, inoltre, di aver preso visione e sottoscritto la nota informativa ai sensi dell'art. 123 del D.lgs. 17/03/95 nr. 175 e l'informativa ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. 30/06/2003 nr. 96. Il sottoscritto dichiara espressamente di aver preso atto, di ricevere e di aver sottoscritto contestualmente al presente contratto anche tutto quanto previsto dagli artt. 49, 50, 51, 52, 53, 55 del Regolamento ISVAP nr. 5/2006.

Data,

Firma

.....