

## 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:

- Abbia aderito alla copertura su indicata sottoscrivendo il relativo MODULO DI ADESIONE ed il cui nominativo risulti da apposita Appendice/Certificato;
- 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 sinistro, per anno e per sinistro	€2.500.000,00	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.	€ 180,00
<input type="checkbox"/> ISPETTORE DEL LAVORO ORDINARIO CHE PUO' SVOLGERE ANCHE FUNZIONI TECNICHE	€ 150,00
<input type="checkbox"/> ISPETTORE DEL LAVORO CON INQUADRAMENTO DI TECNICO	€ 160,00
<input type="checkbox"/> ISPETTORE DEL LAVORO CHE SVOLGE ANCHE SALTUARIAMENTE ATTIVITA' GIURIDICA	€ 145,00

**NOTA BENE:** Essendo la scadenza della polizza unica per tutti gli Assicurati (vecchi e nuovi), l'adesione dovrà avvenire entro 15 giorni dalla data 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](mailto:n.contegiacomo@alliancebroker.it)

**Durata polizza: 12 mesi con scadenza il 19/05/2014**

**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

.....