

**CONVENZIONE - DIPENDENTI PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
PREMI PER ASSICURAZIONE TUTELA LEGALE PER
FATTI RICONDUCEBILI A COLPA GRAVE DEL DIPENDENTE**

OPZIONE A) SENZA FRANCHIGIA

Premi lordi annui di riferimento per ogni categoria indicata
Massimale € 25.000,00 per sinistro

INCARICO O FUNZIONE RICOPERTA	PREMIO LORDO
▪ SINDACO	€ 450,00
▪ ASSESSORE - SEGRETARIO COMUNALE	€ 420,00
▪ CONSIGLIERE COMUNALE	€ 225,00
▪ DIRIGENTE TECNICO	€ 340,00
▪ DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	€ 285,00
▪ POSIZIONE ORGANIZZATIVA	€ 186,00

Per un massimale di € 50.000,00 maggiorazione del 30% del premio

OPZIONE B) CON FRANCHIGIA

Premi lordi annui di riferimento per ogni categoria indicata
Massimale € 25.000,00 per sinistro

INCARICO O FUNZIONE RICOPERTA	PREMIO LORDO	FRANCHIGIA
▪ SINDACO	€ 450,00	€ 500,00
▪ ASSESSORE - SEGRETARIO COMUNALE	€ 420,00	€ 500,00
▪ CONSIGLIERE COMUNALE	€ 225,00	€ 200,00
▪ DIRIGENTE TECNICO	€ 340,00	€ 300,00
▪ DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	€ 285,00	€ 200,00
▪ POSIZIONE ORGANIZZATIVA	€ 186,00	€ 50,00

Per un massimale di € 50.000,00 maggiorazione del 30% del premio

SCHEDA DI ADESIONE

Spettabile
AN BROKER SRL
Via Pio X N. 71
36061 – BASSANO DEL GRAPPA (VI)

OGGETTO: POLIZZA TUTELA LEGALE – SCHEDA DI ADESIONE GARANZIA “COLPA GRAVE”

COGNOME E NOME: _____
INDIRIZZO: VIA _____
CAP _____ CITTA' _____ PROV. (____)
INDIRIZZO E_MAIL E/O FAX: _____
CODICE FISCALE : _____
ATTIVITA'/FUNZIONE SVOLTA: _____
ENTE DI APPARTENENZA : _____

OPZIONE SCELTA (barrare con una crocetta l'opzione interessata)

OPZIONE A) – senza franchigia PREMIO PRO-CAPITE LORDO €.

OPZIONE B) – con franchigia €..... PREMIO PRO-CAPITE LORDO €.

L'Assicurando dichiara :

- di ricevere la Nota Informativa, comprensiva del Glossario e delle Condizioni di Assicurazione;
- ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs N. 196/2003 di acconsentire al trattamento dei dati personali per le finalità sopra indicate;
- agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892-1893 C.C. di non avere 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 e posto in essere negli ultimi 5 anni anche relativamente alle attività precedentemente svolte.

DATA



.....

FIRMA



.....

1. Di effettuare il pagamento del premio tramite bonifico bancario a favore di **An Broker Srl** sulle seguenti coordinate bancarie:

BANCA UNICREDIT - IBAN: IT64D0200860900000101783784

Valuta beneficiario:

Causale: (Cognome e Nome).....TUTELA LEGALE Polizza n. 82.0005329



L'Assicurando _____

Ai fini della copertura, il presente modulo dovrà essere restituito compilato, datato e sottoscritto al fax n. 0424-383628 oppure al seguente indirizzo e_mail: contratti.aziende@anbroker.it

Si precisa che la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del 30° giorno del mese di avvenuto pagamento.