

SCHEDA DI ADESIONE ALLA GARANZIA "ESTENSIONE COLPA GRAVE"

Il dipendente dovrà compilare la presente scheda di adesione e l'informativa Privacy in modo completo, leggibile ed in stampatello accertandosi dell'avvenuta consegna presso la Sede Aziendale - Area Gest. del Personale Uff.Tratt.to Economico Sig. Luisi Giuseppe Tel.0805842327 Fax 0805842482

Il/la sottoscritto/a _____, matricola _____, nato/a a _____, il _____, residente a _____ via _____, codice fiscale _____, indirizzo email _____ n.ro telefono mobile _____; in qualità di _____ presso l'U.O. _____ di (Indicare la località/P.O.) _____;

CHIEDE

Di aderire all'estensione di garanzia, comunemente definita "Estensione di garanzia Colpa Grave", previste nelle polizze di Responsabilità Civile Terzi e Dipendenti e di Tutela Legale contratte dalla ASL di Bari, in applicazione a quanto stabilito nei Contratti Collettivi di Lavoro della Dirigenza e del Comparto, con decorrenza:

dal 30.06.2011 per la polizza RCT e dalla data di decorrenza della polizza Tutela Legale, attualmente in corso di stipula (*), e fino alla loro scadenza contrattuale, ivi comprese le eventuali proroghe o rinnovi;

o, in alternativa

dal 1° giorno del mese successivo alla sottoscrizione del presente modulo (**): _____ anno 201__ e fino alla loro scadenza contrattuale, ivi comprese le eventuali proroghe o rinnovi;

(*) per quanto concerne la data di decorrenza della garanzia sulla polizza Tutela Legale, qualora la data inserita dal dipendente fosse antecedente alla decorrenza di polizza, la garanzia e la relativa trattenuta decorreranno comunque dalla data di decorrenza; () inserire esclusivamente il mese da cui si intende dare inizio alle garanzie, il mese di decorrenza dovrà essere successivo a quello di sottoscrizione della presente scheda;**

AUTORIZZA

L'Ufficio Gestione del Personale dell'Azienda Sanitaria Locale Bari a provvedere alla trattenuta mensile dal proprio stipendio nella misura di***: Euro 50,00 (per la Dirigenza) - Euro 5,84 (per il Comparto Cat.D), quale premio complessivo massimo dovuto alle società di assicurazioni per rendere efficaci le "Estensioni di garanzia Colpa Grave" in suo favore normate nelle polizze Responsabilità Civile Terzi e della Tutela Legale; *** crocesegnare quella di appartenenza

ED ALLEGA MODULO INFORMATIVO SULLA PRIVACY ED INFORMATIVA PRECONTRATTUALE SOTTOSCRITTI

Data _____ FIRMA _____

Il sottoscritto a tal fine DICHIARA

Di aver preso visione e di accettare le condizioni contrattuali delle polizze riportate nelle schede tecniche, in particolare, .

di NON AVERE RICEVUTO, limitatamente agli ultimi 5 anni, qualsiasi atto di citazione in giudizio oppure qualsiasi comunicazione scritta che faccia riferimento ad una richiesta danni derivante da atti, fatti e/o omissioni che sono stati commessi o si presume siano stati commessi; In caso di risposta negativa ad almeno una delle domande sopra esposte, specificare di seguito: breve descrizione dell'evento, data evento, compagnia assicuratrice che ha in carico il sinistro:

1. _____
2. _____

Avvertenze: Le garanzie richieste non assicurano le richieste di risarcimento e gli eventi dannosi di cui il Dipendente abbia già ricevuto qualsiasi atto di citazione in giudizio oppure qualsiasi comunicazione scritta pervenuta alla data di sottoscrizione del presente modulo. L'inesatta, incompleta o non chiara compilazione della scheda sarà motivo di rigetto della stessa.

Eventuali richieste di informazioni di carattere tecnico potranno essere formulate sia in fase di sottoscrizione che durante l'efficacia delle garanzie all'indirizzo email: info.clienti@assideadelta.it ;

Copia delle schede tecniche delle polizze contratte dall'Azienda possono essere richieste via email all'indirizzo info.clienti@assideadelta.it avendo cura di riportare i dati identificativi del richiedente; Si precisa altresì che è facoltà dell'Azienda, in base all'evolversi dei contratti assicurativi (esempio: proroga, rrecesso anticipato), modificare i termini delle polizze attualmente vigenti.

Data _____ FIRMA _____