**SCHEDA DI ADESIONE ALLA GARANZIA**

**"ESTENSIONE COLPA GRAVE"**

Scheda da compilare e inviare all'Area Gestione del Personale ASL TA **utilizzando le caselle personali di posta elettronica ASL** - completa degli allegati richiesti - all'indirizzo email dedicato: **colpagrave@asl.taranto.it**

# Dati personali

**Nome**

**Cognome**

**Matricola**

**Codice Fiscale**

**Luogo di nascita**

**Data di nascita**

**Comune di residenza**

**Indirizzo di residenza**

**Indirizzo e- mail aziendale indirizzo e-mail personale**

**Telefono cellulare**

**Telefono fisso ufficio**

**Profilo professionale**

**in servizio presso (indicare la struttura)**



# CHIEDE

di aderire alla estensione di garanzia, comunemente definita "Estensione di garanzia Colpa Grave", prevista nella polizza di Responsabilità Civile Terzi e Dipendenti N.ro ITOMM1700020 contratta dalla ASL TA con la società "AMTRUST International Underwriters DAC " in applicazione a quanto stabilito nei Contratti Collettivi di Lavoro della Dirigenza e del Comparto, con decorrenza:

 dal 31/03/2017 e fino alla sua scadenza SI

contrattuale fissata al 31/03/2018, ivi comprese NO

eventuali proroghe o rinnovi **oppure**

dal 1° giorno del mese successivo alla SI sottoscrizione del presente modulo (\*) NO oppure dal mese e anno

e fino alla sua scadenza contrattuale fissata al 31/03/2018, ivi comprese l’eventuale opzione di proroga di ulteriori mesi dodici oltre che l’eventuale proroga tecnica.

(\*) inserire esclusivamente il mese da cui si intende dare inizio alla garanzia; il mese decorrerà dal primo giorno successivo a quello di sottoscrizione della presente scheda.

# AUTORIZZA

L'ASL TA a procedere:

alla trattenuta del premio dal proprio stipendio, in rate mensili nella misura di:

€ 47,00 (per i Dirigenti e i Medici sia dipendenti che in convenzione)

€ 30,00 (per i Medici con Contratto di Formazione Specialistica

€ 6,00 (per i dipendenti del comparto in categoria D o Ds)

quale premio mensile dovuto alle società di assicurazioni per rendere efficace la garanzia **nonché**

* alla trattenuta in unica soluzione, in caso di sospensione, anche temporanea, o cessazione del rapporto di lavoro durante la vigenza di polizza, del premio residuo dovuto all'assicurazione a completamento dell'annualità non decurtabile mensilmente dalla busta paga e dovuta all'assicuratore a termini di contratto

**Allega modulo informativo sul trattamento dei dati personali (privacy) e l'informativa precontrattuale, sottoscritti**

**Data**

**Firma**

(apporre la firma digitale, se in possesso di CNS oppure la firma autografa e scansionare il modello) Il/la sottoscritto/a **DICHIARA di:**

* aver preso visione e di accettare le condizioni contrattuali della polizza di Responsabilità Civile Terzi e Dipendenti
* essere consapevole che la prima scadenza annuale è fissata al 31 marzo 2018 con opzione di proroga di ulteriori 12 mesi e che pertanto sarà obbligo dell’Assicurato, qualora non volesse proseguire l’efficacia della garanzia oltre tale data, notificare formale disdetta dal contratto entro 120 gg dalla scadenza all'Area Gestione del Personale via e-mail colpagrave@asl.taranto.it
* essere consapevole che la sospensione/cessazione del rapporto di lavoro in corso d’anno comporta comunque l’obbligo al pagamento del premio

|  |  |
| --- | --- |
| residuo in unica soluzione limitatamente agli ultimi 5 anni, 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.  | Aver ricevutoNon aver ricevuto |
|  |  |

**In caso di dichiarazione positiva, fornire obbligatoriamente i dati seguenti**

## DATA EVENTO

**DATA DENUNCIA**

**COMPAGNIA ASSICURATRICE**

**DESCRIZIONE EVENTO**



**Avvertenza:** La garanzia richiesta non assicura le richieste di risarcimento per eventi dannosi dei quali il

Dipendente, alla data di sottoscrizione e consegna del presente modulo abbia già ricevuto la notifica di qualsiasi atto di citazione in giudizio oppure di qualsiasi richiesta di risarcimento. L’inesatta, incompleta o non chiara compilazione della scheda sarà motivo di rigetto della stessa con conseguente richiesta di approfondimenti. 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**. Si precisa altresì che è facoltà dell’ASL, in base all’evolversi del contratto assicurativo (esempio: proroga, recesso anticipato), modificare i termini delle polizze attualmente vigenti.