

**SCHEDA ADESIONE ESTENSIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA AI CASI DI COLPA GRAVE POLIZZA LLOYD'S
RINNOVO POLIZZA IN SCADENZA**

Azienda ULSS

Periodo di copertura : 12 mesi dalle ore 24:00 della data di adesione / scadenza polizza in essere

Il/La sottoscritto/a

nato/a a il

residente a Via.....

CAP n. civico..... telefono

email :

In servizio presso l'Unità Operativa di

dell'Ulss....., quale appartenente alla sotto specificata categoria:

CATEGORIA / RUOLO :	PREMIO ANNUO LORDO :

PRESO ATTO

delle condizioni normative della polizza sopra richiamata e riassunte nella nota informativa qui allegata;

Massimali : Europer sinistro con retroattività'

DICHIARA

di voler rinnovare la copertura assicurativa Lloyd's "Rinuncia alla rivalsa per colpa grave" anno 2018;;

Il/La sottoscritto/a ha provveduto al pagamento del premio mediante

Bonifico Bancario IBAN DOMUS MEDICA SERVIZI: IT 68 Y 03069 60756 100000002593

Assegno Contante Bancomat/Carta di credito

in data

Decorrenza: Periodo Annuo dalal

La presente adesione costituisce, a tutti gli effetti, documento contrattuale.

Data

Il Proponente

Inviare la scheda compilata a:

Domus Medica Servizi c/o Ospedale Alto Vicentino Via Garziere 42 36014 Santorso (VI) Tel. 0445576049
Fax 0445501951 e mail : info@domusmedicaservizi.it