

ANTEL - DIREZIONE SICURA SMART MODULO DI VARIAZIONE RISCHIO

Il presente modulo deve essere compilato e firmato in ogni sua parte ed inviato ad Aon S.p.A. al seguente indirizzo e-mail: convenzione.dipendentipubblici@aon.it - Customer Care Service **800.243.191** (lunedì/venerdì ore 9.30-13.30 e 14.30-18.30)

DATI DELL'ASSICURATO

Cognome e Nome _____ Codice fiscale _____

Telefono _____ @mail _____

ACQUISIZIONE / CESSAZIONE PARZIALE DELLE ATTIVITA'

L'Assicurato dichiara di aver:

- ☐ ACQUISITO UNA/PIU' ATTIVITA' PRESSO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE
- ☐ CESSATO ALCUNE ATTIVITA' ESERCITATE PRESSO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE, MANTENENDONE ALTRE

in data ____/____/____

Indicare l'Attività acquisita o cessata

- ☐ A Dirigente tecnico
- ☐ B Dipendente tecnico

Descrizione Ente di appartenenza _____ Provincia di _____

Categoria Ente	1 Enti Territoriali	2 Enti non territoriali
----------------	---------------------	-------------------------

N.B. Se sei in aspettativa presso un Ente e continui a lavorare presso altri Enti, compila la sezione “Variazione delle Attività”

Ti ricordiamo che con la Polizza Direzione Sicura Smart puoi assicurare incarichi in massimo 3 enti

VARIATION OF ACTIVITY

L'Assicurato dichiara di svolgere dal ____/____/____ la seguente Attività

- ☐ A Dirigente tecnico
- ☐ B Dipendente tecnico

Descrizione Ente di appartenenza _____ Provincia di _____

Categoria Ente	1 Enti Territoriali	2 Enti non territoriali
----------------	---------------------	-------------------------

in **SOSTITUZIONE** della seguente Attività

- ☐ A Dirigente tecnico
- ☐ B Dipendente tecnico

Descrizione Ente di appartenenza _____ Provincia di _____

Categoria Ente	1 Enti Territoriali	2 Enti non territoriali
----------------	---------------------	-------------------------

N.B. LA CESSAZIONE NON RIGUARDA L'ATTIVITA' IN ASPETTATIVA CHE DEVE RIMANERE ASSICURATA

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara di aver fornito puntualmente ed esaurientemente tutte le informazioni che precedono ai fini della variazione dei rischi

_____ Firma _____
(Data) (Nome e Cognome) (L'Assicurato)