



Oggetto: Artt. 5 e 6 D.P.R. 62/2013

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28/12/2000)

Io sottoscrittò/a GERON MARTINA nato a BOUATE (MI) il
13/12/1992 residente a UMBIATE (MB), in via ASIAGO n. 110

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

- di appartenere/non appartenere ad Associazione/Organizzazione, il cui ambito di interesse interferisce con lo svolgimento della mia attività di collaboratore professionale di INTERMIERE
- di aver avuto/non aver avuto, negli ultimi tre anni, rapporti diretti/indiretti, di collaborazione con soggetti privati;
- se affermativo specificare il soggetto privato:
 - PAUL HARTMANN S.P.A.
 - AQUA S.R.L.
 - _____
- che i predetti rapporti di collaborazione sono intercorsi/intercorrono con soggetti che hanno/non hanno interessi in attività o decisioni inerenti l'incarico a me affidato;
- di impegnarsi ad informare tempestivamente il proprio Responsabile qualora successivamente alla presente sottoscrizione il medesimo, il coniuge, il convivente, i parenti o affini entro il secondo grado avessero rapporti diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti il mio incarico;
- di aver preso visione e di accettare quanto previsto in materia di conflitto di interessi dagli artt. 5 e 6 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 e del Codice di Comportamento aziendale.

Data 11/03/2020

IL DICHIARANTE

Martina Geron

DA RESTITUIRE FIRMATO

MODULO DI ADESIONE alla Polizza Infortuni Collettiva Convenzione WILLIS n. ITBBBY05412

Modulo di Adesione n° 1909260446392/ITBBBY05412

(codice identificativo da dichiarare in caso di sinistro)

DATI DEL RICHIEDENTE/ADERENTE

Richiedente (Aderente) Nome: **Martina** Cognome: **Geron**
 C.F. **GRNMTN92T53A940K**
 Indirizzo: **Via Asiago, 11/a**
 Professione: **Personale esercente attività sanitarie, tecnico sanitarie, riabilitative, diagnostiche, assistenziali**
 Mail: **martina.geron@gmail.com**
 Data di decorrenza richiesta dalle ore 24:00 del **26/09/2019** Data Scadenza ore 24:00 del **26/09/2020**
 Dettagli della polizza Premio annuo di Polizza Opzione "A" €44,00 Opzione "B" €95,00

DATI DELLA COPERTURA

	Morte da infortunio	Invalidità permanente da Infortunio	Contagio HIV, Epatite B o C	Premio annuo
Opzione "A"	max. € 10.000	max. € 10.000	max. € 20.000	€ 44,00
Opzione "B"	max. € 50.000	max. € 50.000	max. € 50.000	€ 95,00

DICHIARAZIONI DEL RICHIEDENTE/ADERENTE

PRESO ATTO CHE:

- Willis Italia SpA ha stipulato una Polizza collettiva Infortuni Collettiva Convenzione n° ITBBBY05412 per Infermieri, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia e Operatori Socio Sanitari Chubb European Group SE, con sede legale in La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - italy@chubb.pec.com - P.I. e C.F. 04124720964 - R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00043.
- La copertura assicurativa per singolo Aderente decorrerà dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di Adesione ("Data di decorrenza richiesta"), sempreché il premio sia già stato versato e risulti pagato entro 7 giorni da tale data come da evidenza contabile inviata unitamente al presente Modulo di Richiesta Adesione compilato in ogni sua parte e firmato a Willis Italia S.p.A. Diversamente la copertura decorrerà dalle ore 24:00 della data di pagamento del premio come da copia contabile.
- la durata della copertura per singolo Aderente è pari a un anno dalla Data di Decorrenza Richiesta, indipendentemente dalla data di pagamento del premio, ed è tacitamente rinnovata, di anno in anno, previo pagamento del relativo rinnovo, salvo disdetta comunicata dall'Assicurato alla Società mediante lettera raccomandata con preavviso di 60 giorni dalla scadenza annuale della copertura.
- Le persone già assicurate con la presente convenzione, che pagheranno il premio di rinnovo entro 60 giorni dalla Data di Scadenza n entreranno in copertura con effetto dalla Data di Scadenza.
- Il set informativo della Polizza collettiva Infortuni Collettiva Convenzione n° ITBBBY05412 contenente il DIP, DIP aggiuntivo, il Glossario, le Condizioni di Assicurazione e la Nota Informativa sul trattamento dei dati personali è allegato al presente Modulo di Adesione e ne forma parte integrante
- E' previsto l'esercizio del diritto di recesso entro il limite massimo di 30 (trenta) giorni dalla Data di effetto della copertura comunicando tale volontà a Willis Italia SpA. L'esercizio di tale diritto comporta la restituzione del premio di polizza eventualmente già corrisposto;
- il premio di assicurazione verrà incassato da Chubb European Group SE Rappresentanza Generale per l'Italia per il tramite di Willis Italia SpA
- Nel rispetto dell'obbligo di acquisire informazioni utili a valutare l'adeguatezza delle coperture proposte - di cui all'art. 52 Regolamento ISVAP n.5 del 16 ottobre 2006 - Chubb European Group raccoglie per il tramite di Willis Italia - dichiarazioni dell'Aderente in ordine alle circostanze del rischio attraverso la sottoscrizione del questionario "ADEGUATEZZA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA" allegato al presente Modulo di Adesione
- In ottemperanza a quanto previsto dal Reg. IVASS n. 34/2010, l'Impresa di Assicurazione fornisce informazione relativa alla circostanza per la quale è richiesta all'Aderente la sottoscrizione la ritrasmissione - su supporto durevole - di una copia firmata del Certificato personale di assicurazione per il tramite di Willis Italia SpA, fermo restando che la mancata restituzione dello stesso non comporta l'invalidità del Contratto, che si intende comunque stipulato secondo i tempi e le modalità descritte nelle Condizioni di Assicurazione e dal presente Modulo di Adesione

DICHIARO DI:

di aver letto e accettato prima dell'Adesione alla polizza Collettiva:

- le Condizioni di Assicurazione della Polizza collettiva Infortuni Collettiva Convenzione n° ITBBBY05412 contenute nel set informativo allegato;
- di aver ricevuto, letto, compreso ed accettato il contenuto della Nota Informativa sul Trattamento Dei Dati Personali;
- di prestare il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento all'estero dei dati, ivi compresi quelli sensibili, per le finalità di gestione ed esecuzione delle obbligazioni della presente polizza;
- essere a conoscenza che dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti rese per la conclusione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.
- di aver aderito alla copertura assicurativa per me stesso e di pagare il relativo premio secondo le modalità previste.

DICHIARO INOLTRE DI:

- aver ricevuto, letto, compreso ed accettato il contenuto del documento repilogativo conforme all'Allegato 3 e 4 di cui al Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018;

Data

26/09/2019

Richiedente/Aderente

IL RICHIEDENTE/ADERENTE dichiara: Agli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, di approvare specificatamente gli Articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione: Art. 11) Contagio da HIV, Epatite B o C, Art. 12) Esclusioni, Art. 13) Persone non assicurabili - Limite d'età, Art. 15) Criteri di indennizzabilità, Art. 16) Cumulo di indennità, Art. 17) Pagamento del premio, Art. 18) Modalità di adesione alla Polizza Collettiva per singolo Assicurato/Aderente, Art. 19) Decorrenza della copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente, Art. 20) Durata della copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente, Art. 21) Diritto di Recesso dalla copertura assicurativa per singolo Assicurato/Aderente, Art. 23) Modalità di disdetta e rinnovo della Polizza Collettiva e della copertura per singolo Assicurato, Art. 24) Denuncia del sinistro - Obblighi relativi, Art. 26) Dichiarazioni del Contraente, Art. 28) Clausola broker, Art. 29) Variazioni di rischio, Art. 30) Controversie, Art. 36) Comunicazione degli Assicurati da parte del Contraente, Art. 37) Gestione dell'Assicurazione, Art. 38) Obbligo di comunicazione all'Assicurato

Data

26/09/2019

Richiedente/Aderente