



COPERTINA FAX

ATTENZIONE

Il presente modulo **debitamente sottoscritto** deve essere **inviato ad Aon S.p.A. a mezzo fax al n. 02.87230511**, preferibilmente **entro 30 giorni** dalla data di cessazione dell'attività.

Il presente modulo deve essere **conservato** con cura, poiché, unitamente alla Scheda di Copertura ed alla Polizza, costituisce parte integrante del contratto di assicurazione.

Customer Care Service

800.243.191

da lunedì a giovedì:

ore 10.00-12.30 e 14.00-17.00

venerdì: ore 9.30-12.30

@mail:

convenzione.medici@aon.it

Da:	A:	Aon S.p.A. / Divisione Affinity Convenzione RC Medici Ospedalieri Dipendenti SSN
Data:		

Note

Documenti da allegare:

1. Modulo di cessazione attività professionale Polizza RC Medici Ospedalieri Dipendenti SSN – Copertura Standard con RC Amministrativa



**MODULO DI CESSAZIONE ATTIVITÀ PROFESSIONALE
POLIZZA RC MEDICI OSPEDALIERI DIPENDENTI SSN – COPERTURA STANDARD CON RC
AMMINISTRATIVA**

DATI DELL'ASSICURATO

Cognome _____ Nome _____
Residenza _____
(Via/Piazza/Corso e n. civico) (CAP) (Comune) (Prov.)
Codice fiscale _____
Telefono _____ Cellulare _____
Fax _____ @-mail _____

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara di aver cessato l'esercizio dell'attività professionale in data _____

a seguito di _____

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

OPERATIVITA' DELL'ASSICURAZIONE

- L'Assicurazione sarà operante dalle ore 24 della data di comunicazione al broker