

Spettabile
ASP di Potenza
per il tramite dell'ATI tra le società
Consulbrokers Spa e GBS SpA
Viale Marconi, 90 – 85100 Potenza
e-mail: rcasp.pz@consulbrokers.it
telefax 0971.472686

Con la sottoscrizione del presente modulo

Il sottoscritto _____
(cognome e nome in stampatello chiaro e leggibile)

(indirizzo e-mail)

chiede di aderire alla polizza convenzione in corso di emissione con decorrenza dalle ore 24:00 del 1° maggio 2016, stipulata dalla ASP di Potenza con la Compagnia Assicuratrice AMTRUST EUROPE, alle condizioni tutte in essa riportate di cui dichiara di aver ricevuto copia e preso visione.

Il pagamento del premio relativo all'opzione prescelta ed indicata sul presente modulo di adesione sarà anticipato per suo conto dall'ASP – Azienda Sanitaria Locale di Potenza – in base a quanto previsto dalla “disciplina delle adesioni” di cui alla citata convenzione.

A tal fine il sottoscritto rilascia, contestualmente, autorizzazione all'ASP di Potenza ad addebitare la propria busta paga del premio relativo all'opzione prescelta con la seguente modalità:

- soluzione unica
- rateizzazione mensile (1)

L' addebito decorrerà dalla prima busta paga utile.

- (1) In caso di risoluzione del rapporto di lavoro durante il corso dell'annualità assicurativa, resta inteso che il sottoscritto corrisponderà all' ASP gli eventuali ratei di premio da questa già anticipati all'Assicuratore nell'ultima busta paga.

Inoltre il sottoscritto dichiara di accettare esplicitamente la seguente condizione: **le singole adesioni verranno rinnovate di anno in anno in assenza di formale disdetta da inviarsi, a cura dell'assicurato, entro il 30° giorno antecedente la scadenza annuale.**

In fede

Li, _____

(cognome e nome in stampatello chiaro e leggibile)

(firma chiara e leggibile)

Allegati:

- modulo di proposta (n. 4 pagine)