

**Modulo di adesione per l'attivazione della COPERTURA PER LA TUTELA LEGALE E PERITALE PER LA QUALE GLI ASSICURATI DEBBANO RISPONDERE A PROPRIE SPESE**  
n° .....

Il presente Modulo deve essere datato, compilato, sottoscritto (dagli aderenti) ed anticipato a mezzo Fax al numero **06/85831676** alla **Viras International Insurance Broker S.p.A. – Sede Secondaria di Roma- Viale Regina Margherita, 216 00198 Roma**

**ENTE DI APPARTENENZA:** Università degli Studi di Roma "La Sapienza"

**Ufficio/Settore di appartenenza:** \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a chiede di aderire all'Assicurazione a margine indicata a partire dal mese di \_\_\_\_\_, a tal fine allega ricevuta del bonifico effettuato in Vostro favore in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ alle seguenti coordinate bancarie:

**VIRAS INTERNATIONAL INSURANCE BROKER S.p.A.**

**San Paolo Banco di Napoli – Filiale di Vico Equense**  
**IBAN IT 81 J 01010 40310 100000002326**

**DATI RICHIEDENTE:** Cognome: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_

Indirizzo: \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_

Città: \_\_\_\_\_

( \_\_\_\_\_ )

Tel. \_\_\_\_\_

Mob. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Codice IBAN: \_\_\_\_\_

**Categoria**

**Rettore**

**Direttore Generale**

**Dirigente  
(Amministrativi, Tecnici,  
compreso il medico competente)**

**Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il/la sottoscritto/a dichiara:**

- di aver preso visione della nota informativa predisposta ai sensi dell' art. 185 del Decreto Legislativo 7 settembre 2005 n° 209 e smi, che dichiara di aver ricevuto, conoscere ed accettare.
- di conoscere ed accettare le condizioni generali di polizza, in particolare di approvare specificatamente la premessa e gli artt.  
2) *Decorrenza e Durata della Garanzia – Pagamento del Premio*; 3) *Regolazione del Premio*; 7) *Foro Competente*; 8 bis) *Tracciabilità flussi finanziari*; 9) *Rinvio alle Norme di Legge*; 13) *Variazioni Normative*; 14) *Variazioni del Contraente*; 19) *Facoltà Bilaterale di Recesso in Caso di Sinistro*; 20) *Rischio Gestione del Sinistro*; 27) *Esclusioni* 28) *Estensione Territoriale*;
- di conoscere ed accettare le condizioni di cui alla copertura per la tutela legale e peritale per la quale gli assicurati debbano rispondere a proprie spese ed in particolare di approvare specificatamente gli artt. 1) *Oggetto della copertura*; 2) *Copertura e Pagamento dei Premi*; 3) *Calcolo del Premio*; 4) *Durata-Rescindibilità annuale*; 5) *Forma delle Comunicazioni*; 6) *Anticipo Spese Legali e Peritali*; 7) *Limitazioni/Esclusioni*; 8) *Rinvio alle Norme di Polizza ed a quelle di Legge*; Art.) *Massimale Assicurato*.

**Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile il/la sottoscritto/a dichiara:**

Di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento, per fatto a lui imputabile, ovvero di circostanze tali da impegnare le garanzie prestate dalla presente copertura.

**Data** \_\_\_\_\_

/

/

**Firma (leggibile)**

Ai sensi del D.Lgs 196/2003 le Parti consentono il trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che eventualmente ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali, disgiuntamente ad opera del Broker e degli Assicuratori.

**Data** \_\_\_\_\_

/

/

**Firma (leggibile)**