

COPERTURA ASSICURATIVA

AVVISO

Oggetto: Adesione Facoltativa alla estensione delle garanzie della Polizza RCT/O Emittenda - Appendice 2 " Estensione alla rivalsa per colpa grave"- Polizza I.G.I. – in contraenza all'Azienda Ospedaliera "S. Maria " di Terni

Si comunica che l' Agenzia Umbra Sanità (AUS) con Determinazione n.43 del 24/6/2010 avente ad oggetto "Procedura negoziata per l'affidamento del Servizio Assicurativo RCT/O occorrente per le Aziende Ospedaliere e per le Aziende Sanitarie Locali della Regione Umbria ; Aggiudicazione" ha disposto di affidare alla Compagnia I.G.I. "Insurance Company Limited" la copertura assicurativa del rischio RCT/O.

La procedura negoziata per l'affidamento del predetto servizio assicurativo delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere si è conclusa nel mese di giugno c.a..

L'Azienda Ospedaliera "S. Maria" di Terni ha aderito alla menzionata polizza assicurativa con decorrenza dalle ore 24 del 29/06/2010 sino alle ore 24 del 29/06/2012;

Tale polizza , di prossima pubblicazione, prevede per i dipendenti interessati, la facoltà di aderire alla garanzia colpa grave in base alla quale la Società Assicuratrice, a fronte della corresponsione del premio aggiuntivo ed in conformità al contratto di lavoro vigente , si obbliga a tenere indenne gli assicurati (dipendenti) da quanto questi fossero tenuti a pagare quali responsabili ai sensi di legge esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a loro colpa grave che abbiano causato a terzi danni corporali o materiali o in conseguenza di:

azione diretta del soggetto danneggiato

azione esperita dalla società assicuratrice

azione esperita dalla Azienda Ospedaliera per i casi previsti dalla legge

Per quanto riguarda l'estensione delle garanzie polizza RCT N.º (emittenda) di cui all'appendice 2 "Estensione alla rivalsa per colpa grave" nello svolgimento dell'Attività Istituzionale e Intramuraria , i dipendenti (Dirigenti sanitari, medici, medici veterinari e non medici, medici a rapporto convenzionale, medici universitari, nonché il personale sanitario non dirigente, i medici in formazione specialistica che abbiano assunto attualmente o nel passato, e che assumeranno nel futuro i ruoli sopra indicati , che intendono usufruire di detta estensione di garanzia assicurativa dovranno:

1. stampare l'allegata nota informativa ed il modulo di adesione (documenti che possono essere scaricati dal sito aziendale o ritirati presso l'ufficio legale)
2. compilare il modulo di adesione in ogni sua parte
3. consegnare all'ufficio protocollo dell'Azienda Ospedaliera – Via Tristano di Joannuccio, 1 il modulo di adesione debitamente compilato e sottoscritto

Si comunica, altresì, che l'entrata in vigore della nuova polizza assicurativa comporta la decadenza della precedente adesione che dovrà essere nuovamente attivata.

Si precisa che l'adesione alla estensione della garanzia "colpa grave" decorrerà dalle ore 24 del 29/06/2010 per tutti coloro che faranno pervenire il modulo di adesione all'Azienda Ospedaliera S. Maria – Ufficio Protocollo entro il 26/11/2010 (150° giorni dalla decorrenza della polizza).

Per coloro che aderiranno dopo tale data la garanzia decorrerà dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese in cui è stata dichiarata l'adesione a fronte di un premio in ragione di 1/365 dei giorni residui alla prima scadenza di polizza.

Come nella precedente polizza è prevista la possibilità di effettuare il pagamento mediante trattenuta mensile del premio sulle proprie competenze stipendiali fermo restando l'obbligo, in caso di cessazione dal servizio, di pagare interamente il premio residuo.

Il personale Universitario dovrà invece provvedere a versare il premio direttamente, mediante bonifico, intestato all'Azienda, al seguente indirizzo bancario:

UNICREDIT BANCA DI ROMA SPA – Agenzia sita in TERNI – Piazza Tacito n. 6

IBAN: IT 62 V 03002 14402 000029502621

Causale : adesione estensione garanzia colpa grave della polizza RCT/O in contraenza all'Azienda Ospedaliera S. Maria di Terni.

Si precisa, altresì, che i titolari di Posizione Organizzativa sono assimilati, ai soli fini assicurativi (corresponsione del premio), alle figure Dirigenziali dei relativi contratti di Area.

I premi da corrispondere secondo le modalità indicate nel modulo di adesione sono i seguenti:

Rinuncia rivalsa in caso di colpa grave (Garanzia finanziata con il contributo esclusivo dei soggetti assicurati) Appendice 2 Polizza IGI emittenda -RCT RCO categoria (barrare quella dell'assicurato):

<input type="checkbox"/> Amministratore	Premio annuo lordo di adesione	€ 450,00
<input type="checkbox"/> Dir Medici	Premio annuo lordo di adesione	€ 600,00
<input type="checkbox"/> Dir Sanitari non Medici	Premio annuo lordo di adesione	€ 450,00
<input type="checkbox"/> Dir Amministrativi	Premio annuo lordo di adesione	€ 450,00
<input type="checkbox"/> Dir Tecnici	Premio annuo lordo di adesione	€ 450,00
<input type="checkbox"/> Dir Professionali	Premio annuo lordo di adesione	€ 450,00
<input type="checkbox"/> Altri Dipendenti non medici	Premio annuo lordo di adesione	€ 200,00

<input type="checkbox"/>	Medici Specializzandi	Premio annuo lordo di adesione	€ 500,00
<input type="checkbox"/>	OTA OSS	Premio annuo lordo di adesione	€ 200,00
<input type="checkbox"/>	Medici in quiescenza	Premio annuo lordo di adesione	€ 500,00
<input type="checkbox"/>	Altri Dipendenti non medici in quiescenza	Premio annuo lordo di adesione	€ 200,00
<input type="checkbox"/>	Medici Convenzionati	Premio annuo lordo di adesione	€600,00

Si allega, a tal riguardo, stralcio dell'appendice 2 , ed il modulo di adesione.

Si porta a conoscenza degli interessati che la modulistica relativa potrà essere richiesta anche presso l'Ufficio Legale o scaricata dal sito aziendale www.aospterni.it - link "modulistica".

Distinti saluti

IL Direttore Generale
(Dr. Gianni Giovannini)

**Modulo di adesione alla garanzia facoltativa "Colpa Grave"
Polizza IGI Emittenda**

Il Sottoscritto Dr/ Sig. _____ Matricola n. _____, residente in Via /
Piazza _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____
Codice Fiscale _____, che ricopre la qualifica
di _____ - sotto indicata per l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di
Terni ed ai fini dell'adesione alla garanzia facoltativa per :

Rinuncia rivalsa in caso di colpa grave (Garanzia finanziata con il contributo esclusivo dei soggetti assicurati) Appendice 2 Polizza IGI emittenda -RCT RCO categoria (barrare quella dell'assicurato):

- | | | |
|--|--------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Amministratore | Premio annuo lordo di adesione | € 450,00 |
| <input type="checkbox"/> Dir Medici | Premio annuo lordo di adesione | € 600,00 |
| <input type="checkbox"/> Dir Sanitari non Medici | Premio annuo lordo di adesione | € 450,00 |
| <input type="checkbox"/> Dir Amministrativi | Premio annuo lordo di adesione | € 450,00 |
| <input type="checkbox"/> Dir Tecnici | Premio annuo lordo di adesione | € 450,00 |
| <input type="checkbox"/> Dir Professionali | Premio annuo lordo di adesione | € 450,00 |
| <input type="checkbox"/> Altri Dipendenti non medici | Premio annuo lordo di adesione | € 200,00 |
| <input type="checkbox"/> Medici Specializzandi | Premio annuo lordo di adesione | € 500,00 |
| <input type="checkbox"/> OTA OSS | Premio annuo lordo di adesione | € 200,00 |
| <input type="checkbox"/> Medici in quiescenza | Premio annuo lordo di adesione | € 500,00 |
| <input type="checkbox"/> Altri Dipendenti non medici in quiescenza | Premio annuo lordo di adesione | € 200,00 |
| <input type="checkbox"/> Medici Convenzionati | Premio annuo lordo di adesione | €600,00 |

DICHIARA

Che le informazioni rese sul presente modulo sono conformi a verità

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile

Alla data di adesione alla presente garanzia, 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 Adesione al contratto .

Data _____ Firma (leggibile) _____

Autorizza infine l' Azienda Ospedaliera Santa Maria di Terni a trattenere l'importo di Euro _____ dalle proprie competenze, a titolo di premio dovuto alla Compagnia per tale garanzia a decorrere dal mese di _____;

Data _____

Il Dichiarante _____

I sottoscritto prende atto di quanto previsto dalla Legge 196/2006 (Legge sulla privacy) ed acconsente, ai sensi degli Artt. 11,22,24 e 28 della predetta Legge, al trattamento dei dati personali nel rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____ / _____ / _____ Firma (leggibile) _____

