

REGIONE ABRUZZO  
**Azienda Sanitaria Locale n.2 LANCIANO – VASTO- CHIETI**

Sede Legale Via Martiri Lancianesi, 17/19 – 66100 CHIETI

**U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI**

prot. n. 60638017

Chieti, li 29/12/2017

Ai Direttori/Responsabili Direzioni Mediche e Amm.ve  
Ai Direttori/Responsabili Aree Distrettuali  
Ai Direttori/Responsabili Dipartimento di Prevenzione  
Al Direttore Dipartimento di Salute Mentale  
Al Direttore/Responsabile Servizio S.E.R.T.  
Ai Direttori/Responsabili Servizio Farmaceutico  
Al Direttore U.O.C. Medicina Legale

OGGETTO: RINNOVO POLIZZA ASSICURATIVA PER RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE PER "COLPA GRAVE" - DECORRENZA DAL 31.12.2017 AL 31.12.2018

Si comunica che, ai fini del rinnovo, senza soluzione di continuità, della copertura assicurativa per responsabilità civile professionale per "colpa grave", per il periodo dal 31.12.2017 al 31.12.2018, il Personale interessato dovrà compilare ed inviare il modulo di adesione e provvedere al versamento della quota di premio stabilita, ai sensi della polizza, entro e non oltre il giorno 31.01.2018.

All'uopo, si precisa che lo specifico modulo di adesione è disponibile on line sul sito WEB aziendale unitamente all'appendice di polizza e che, per maggiore comodità delle UU.OO in indirizzo, si allegano in copia alla presente.

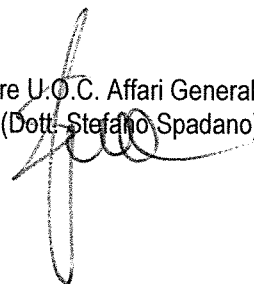
Si rammenta che l'integrale gestione della indicata polizza per colpa grave (modalità di adesione, pagamento del premio relativo ed esecuzione degli obblighi contrattuali) è a totale carico dei dipendenti che eventualmente vi aderiranno, senza alcun coinvolgimento operativo degli Uffici aziendali.

Al riguardo si invita il Personale aderente a voler indicare, nel modulo di adesione, un proprio recapito telefonico, cui poter essere contattati per eventuali necessità.

I dirigenti in indirizzo sono invitati ad attivare tutte le necessarie procedure per garantire la più ampia divulgazione della presente.

Distinti saluti.

Il Direttore U.O.C. Affari Generali e Legali  
(Dott. Stefano Spadano)



## Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Lanciano Vasto Chieti

- I. Le dichiarazioni dell'Aderente / Assicurato devono essere veritiere, esatte e complete. In caso di dichiarazioni inesatte o di reticenze relative a circostanze rilevanti ai fini della stipula del contratto tali che la Società, si riserva ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c., di recedere dal contratto e di ridurre in tutto o in parte la prestazione dovuta.
- II. Il presente Modulo di Adesione per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Lanciano Vasto Chieti deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dal Aderente / Assicurato.

**Dati dell'Aderente / Assicurato**

COGNOME NOME		CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	LOCALITÀ / COMUNE	PROVINCIA	C.A.P.
INDIRIZZO E-MAIL	N. CELLULARE		FAX
ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI DI (OVE APPLICABILE)			NUMERO ISCRIZIONE (OVE APPLICABILE)

**DECORRENZA E SCADENZA DELLA GARANZIA**

EFFETTO DALLE ORE 24.00 DEL \_\_\_\_\_

SCADENZA ORE 24.00 DEL 31/12/2018

BARRARE	CATEGORIA DI RISCHIO	PREMIO LORDO ANNUO
<input type="checkbox"/>	Direttore Generale	€ 879,00
<input type="checkbox"/>	Direttore Sanitario e Sociale	€ 879,00
<input type="checkbox"/>	Dirigente Medico e Dirigente Medico Veterinario e Medico Universitario	€ 479,00
<input type="checkbox"/>	Componente del Comitato Etico	€ 479,00
<input type="checkbox"/>	Direttore Amministrativo	€ 479,00
<input type="checkbox"/>	Dirigente Sanitario non Medico	€ 334,00
<input type="checkbox"/>	Medico Convenzionato	€ 334,00
<input type="checkbox"/>	Medico Specialista in formazione	€ 334,00
<input type="checkbox"/>	Altro personale del comparto	€ 120,00
<input type="checkbox"/>	Cessata attività (Articolo 10 – estensione di garanzia)	//

*Avvertenza: barrare con una X l'attività opzionata***1) Precedenti assicurativi con AmTrust Europe Limited**

L'Aderente è attualmente assicurato per "Colpa Grave" con AmTrust Europe Limited?

SI  NO 

In caso di risposta affermativa indicare la data di scadenza della copertura assicurativa in corso: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

**2) Dichiarazioni dell'Aderente / Assicurato**

- L'Aderente / Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- L'Aderente / Assicurato dichiara di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle Richieste di Risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori o omissioni accaduti o commessi in data non antecedente il 31.12.2007
- L'Aderente / Assicurato dichiara di avere acquisito ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

L'Aderente / Assicurato \_\_\_\_\_



**AmTrust Europe**  
An AmTrust Financial Company



**AmTrust Europe Limited**  
Sede Legale Market Square House  
St James Street, Nottingham NG1 6FG  
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia  
Via Paolo Da Cannobio 9 • 20122 Milano  
Tel 0283438150 • Fax 0283438174  
C.F. 07579510133 • P.I. 07972530963 • R.E.A. 1969043

Mod. CGR 12.2014 Q

## Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Lanciano Vasto Chieti

**Consenso al trattamento dei dati personali.** Il sottoscritto Aderente / Assicurato dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Luogo e data della sottoscrizione li \_\_\_\_\_, il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ L'Aderente / Assicurato \_\_\_\_\_

**Intermediario:**

(al quale inviare il Modulo di Proposta ed effettuare il pagamento tramite bonifico bancario)

US Underwriting Solutions Via Santa Radegonda, 11 20121 Milano Tel. 02.45434617 – Fax 02.87230821 Email: underwriting.office@agencyus.it	IBAN: IT 35 L 02008 20411 000103186592 C/C intestato a US Underwriting Solutions S.r.l. Unicredit S.p.A. - Filiale Lombardia Ovest  Causale del versamento: Cognome Nome – Adesione a Polizza Rc Colpa Grave medica n. [TDMM15201321200000
--	--



**AmTrust Europe**  
An AmTrust Financial Company



**AmTrust Europe Limited**  
Sede Loyale Market Square House  
St James Street, Nottingham NG1 6FG  
Capitale Sociale € 92.000.000,00

**Rappresentanza Generale per l'Italia**  
Via Paolo Da Cannobio 9 - 20122 Milano  
Tel. 0283438150 - Fax 0283438174  
C.F. 97579510153 - P.I. 07972530963 - R.E.A. 1969043

Mod. CGR 12.2014 Q

## Responsabilità Civile Professionale per "Colpa Grave" dei Dipendenti di Aziende Sanitarie

APPENDICE N° ITD 0012	AL CONTRATTO N° ITDMM15201321200000	RAMO RC	PRODOTTO Colpa Grave Ad	INTERMEDIARIO *****	COD. ***
--------------------------	--	------------	----------------------------	------------------------	-------------

**Contraente/Assicurato**

Azienda Sanitaria Locale n. 2 – Lanciano Vasto Chieti VIA N° Via Martiri Lancianesi, 17/19	CODICE FISCALE 02307130696	LOCALITÀ / COMUNE Chieti	PARTITA I.V.A. 02307130696	PROVINCIA CH	C.A.P. 66100
--	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------	-----------------

**Data di effetto e scadenza dell'Appendice**

EFFETTO DALLE ORE 24 31/12/2017	SCADENZA ALLE ORE 24 31/12/2018
------------------------------------	------------------------------------

Con la presente Appendice, che forma parte integrante della Polizza n° ITDMM15201321200000, si dà e si prende atto tra le Parti che, ai sensi di quanto previsto all'Art. IV "Durata del Contratto", il suddetto contratto si intende rinnovato per un'ulteriore annualità alle condizioni tutte in corso e di seguito riepilogate:

- Effetto e scadenza: dalle ore 24:00 del 31.12.2017 alle ore 24:00 del 31.12.2018
- Massimale per ciascun periodo di Assicurazione e per ciascun Assicurato Euro 5.000.000,00
- Retroattività: 10 anni antecedenti la data di decorrenza del periodo di assicurazione nel quale la richiesta di risarcimento sia stata portata a conoscenza dell'Assicurato;
- Premi applicati per qualifica dell'Assicurato:

Direttore Generale	€	879,00
Direttore Sanitario e Sociale	€	879,00
Dirigente Medico e Dirigente Medico Veterinario e Medico Universitario	€	479,00
Componente del Comitato Etico	€	479,00
Direttore Amministrativo	€	479,00
Dirigente Sanitario non Medico	€	334,00
Medico Convenzionato	€	334,00
Medico Specialista in formazione	€	334,00
Altro personale del comparto	€	120,00
Cessata attività (Articolo 10 – estensione di garanzia)		//

**FERMO ED INVARIATO IL RESTO**

AmTrust Europe Limited  
Rappresentanza Generale per l'Italia  
il Procuratore Speciale  
*Michele Gava*

il Contraente \_\_\_\_\_

Emesso in quadruplica copia in Milano, il 28/12/2017

