

# AZIENDA SANITARIA LOCALE DI PESCARA

Azienda Pubblica



Sede Legale:  
Via Renato Paolini, 45  
65124 Pescara  
P. IVA 01397530682  
Tel. 0854253184  
Fax 0854253185

U.O.C. Affari Generali e Legali

Prot. n°

Azienda Sanitaria Locale Pescara

Registro: ASLPERP01 Uff. IPA: as\_PE  
Prot. n. 0171443/20 del 16/12/2020



\*APE000722122\*

del

A tutto il personale interessato

**Oggetto:**

Polizza responsabilità civile verso terzi e prestatori di lavoro  
Estensione assicurativa volontaria per la rinuncia alla rivalsa nei casi di colpa grave  
Modalità di rinnovo / Nuova adesione  
Periodo 31/12/2020 - 31/12/2021

Si trasmette, in allegato, una circolare informativa in merito alle modalità di rinnovo della copertura aggiuntiva, su base volontaria, per la rinuncia alla rivalsa nei casi di colpa grave

Si chiede, inoltre, di favorire la massima diffusione all'interno della struttura di assegnazione

Distinti saluti.

Il dirigente amministrativo  
(dott. Fabrizio Veri)

Il Direttore  
U.O.C. Affari Generali e Legali  
(dott.ssa Francesca Rancitelli)

ESTENSIONE RINUNCIA ALLA RIVALSA NEI CASI DI COLPA GRAVE – RESPONSABILITA' CIVILE PROFESSIONALE  
MODALITA' DI RINNOVO / NUOVA ADESIONE

SI INFORMA CHE LA ESTENSIONE DI GARANZIA PER LA RESPONSABILITA' CIVILE PER "COLPA GRAVE" E RINUNCIA ALLA RIVALSA GIUNGERA' ALLA SCADENZA INFRANNUALE IL PROSSIMO 31/12/2020.  
DI SEGUITO SI RILASCIANO LE ISTRUZIONI PER IL RINNOVO / ADESIONE / RECESSO:

**1) PERSONALE GIA' ADERENTE ALLA GARANZIA:**

Per il personale già aderente che intende rinnovare la copertura, al fine di garantire la continuità della copertura assicurativa è necessario effettuare il pagamento del premio, entro e non oltre il giorno 31/01/2021, ai sotto indicati riferimenti bancari:

**AON S.p.A. - BANCA POPOLARE DELL'EMILIA ROMAGNA**  
Filiale di Via Conte di Ruvo 55/61 – 65100 PESCARA  
IBAN: IT81K053871540000000444869  
SWIFT/BIC: BPMOIT22XXX

**CAUSALE: (COGNOME NOME) - ASL PESCARA**

Di seguito si riportano gli importi del premio lordo per il periodo 31/12/2020 – 31/12/2021 per ciascuna categoria di assicurati:

- DIRIGENTI MEDICI: € 500,00;
- DIRIGENTI DEL RUOLO SANITARIO: € 600,00;
- DIRIGENTI DEL RUOLO PROFESSIONALE; TECNICO ED AMMINISTRATIVO: € 400,00;
- AREA DEL COMPARTO: € 400,00;
- MEDICI SPECIALIZZANDI: € 400,00

**2) PERSONALE NON ADERENTE INTERESSATO AD ATTIVARE LA COPERTURA ASSICURATIVA:**

Il personale interessato ad aderire alla copertura assicurativa, può farlo in qualsiasi momento trasmettendo l'allegato modulo di adesione compilato e sottoscritto al seguente indirizzo mail: [stefania.fiori@aon.it](mailto:stefania.fiori@aon.it).

Verranno poi trasmesse le successive istruzioni per perfezionare l'attivazione della copertura assicurativa, che decorrerà in ogni caso non prima dell'ultimo giorno del mese di invio del modulo.

**3) PERSONALE ADERENTE CHE VUOLE RECEDERE DALLA COPERTURA ASSICURATIVA:**

Il personale che intende recedere dalla copertura assicurativa dovrà comunicare la propria intenzione a mezzo mail all'indirizzo [stefania.fiori@aon.it](mailto:stefania.fiori@aon.it). L'effetto della garanzia cesserà alla fine del mese di ricezione della comunicazione. Pertanto:

- Per tutte le comunicazioni di recesso pervenute entro il 31/12/2020, la copertura cesserà in tale data senza alcuna ulteriore formalità;
- Per tutte le comunicazioni di recesso pervenute successivamente, è dovuto il pagamento del premio per x/ottavi rispetto al mese di ricezione della comunicazione.

PER QUALSIASI ULTERIORE CHIARIMENTO O NECESSITA' POTRA' ESSERE CONTATTATO IL BROKER AZIENDALE AON SPA AI SEGUENTI RECAPITI:  
Stefania Fiori – [stefania.fiori@aon.it](mailto:stefania.fiori@aon.it); Tel. 071/9941920 (mattina dalle ore 10,30 – 12,30; pomeriggio dalle ore 15,00 – 17,00)  
Alessandro Preziosi – [alessandro.preziosi@aon.it](mailto:alessandro.preziosi@aon.it); Tel. 0719941979 (mattina dalle ore 10,30 – 12,30; pomeriggio dalle ore 15,00 – 17,00)  
OPPURE L'U.O.C. AFFARI GENERALI E LEGALI – 085/4253057 - 3083

# Modulo di adesione alla garanzia facoltativa "Colpa Grave"

**Polizza RCT/O n° IITOMM1700165 AmTrust International Underwriters DAC**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

residente in Via / Piazza \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ che ricopre la qualifica di \_\_\_\_\_

per l'Azienda Unità Sanitaria Locale n° 3 di Pescara

## DICHIARA

Di voler aderire alla garanzia facoltativa per la **Rinuncia alla rivalsa in caso di colpa grave (Garanzia finanziata con il contributo esclusivo dei soggetti assicurati) - Appendice 1 Polizza n° IITOMM1700165 - RCT RCO.**

**-Categoria (barrare quella di appartenenza):**

- |   |                                |          |
|---|--------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Dirigente Medico                                   | Premio annuo lordo di adesione | € 500,00 |
| <input type="checkbox"/> Dirigente del ruolo sanitario                      | Premio annuo lordo di adesione | € 600,00 |
| <input type="checkbox"/> Dirigente del ruolo professionale, tecnico ed amm. | Premio annuo lordo di adesione | € 400,00 |
| <input type="checkbox"/> Area del comparto                                  | Premio annuo lordo di adesione | € 400,00 |
| <input type="checkbox"/> Medico Specializzando                              | Premio annuo lordo di adesione | € 400,00 |

### Dichiarazioni dell'Aderente / 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 aver 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 previste dalla presente adesione.

Data        /        /

Firma (leggibile) \_\_\_\_\_

Il 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) \_\_\_\_\_