



GENERALI

Mod. R68
ASSICURAZIONE RESPONSABILITÀ
CIVILE GENERALE

LA VALUTA BASE DELLA POLIZZA È Euro

POLIZZA N°	330237850	AGENZIA	CONEGLIANO/PIEVE DI SOLIG	Codice	059 00										
CONTRAENTE/ASSICURATO	UIL FEDERAZIONE POTERI LOCALI			CODICE FISCALE/PARTITA IVA	0000009719403058										
domicilio (via, n. civico)	VIA DI TOR FIORENZA 35		Comune	ROMA	C.a.p.	00199	Provincia	RM							
decorrenza ore 24 del	giorno	31	mes	12	anno	2013	scadenza ore 24 del	giorno	31	mes	12	anno	2014	rateazione	SEMESTRALE
emissione 1ª quietanza	giorno	30	mes	06	anno	2014									
polizze sostituite															
Sconto sostituzione su 1ª rata															

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO

1. ASSICURATORE: GENERALI ITALIA SPA
2. CONTRAENTE: UIL - Federazione Poteri Locali
3. ASSICURATI: Ciascun iscritto UIL appartenente alle autonomie locali e regionali e al comparto sanità (comprese le ostetriche) escluso tutto il personale dirigente (medico e non)
4. Periodo di assicurazione: dalle 24.00 del 31.12.2013 alle 24.00 del 31.12.2014

Massimali per ciascun assicurato:

Euro 200.000,00 per sinistro e annualità assicurativa.

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per

Contraente: il soggetto giuridico che stipula il Contratto in nome e per conto dei suoi aderenti / associati alla UIL - Federazione Poteri Locali;

Assicurati: Ciascun iscritto UIL appartenente alle autonomie locali e regionali e al comparto sanità (comprese le ostetriche) escluso tutto il personale dirigente (medico e non);

Assicurazione: il contratto di assicurazione con la copertura assicurativa offerta agli assicurati;

Claims Made: l'assicurazione è prestata nella forma "claims made" e vale per i sinistri che abbiano luogo per la prima volta nel corso del Periodo di validità della presente Assicurazione e che siano regolarmente denunciati agli assicuratori durante lo stesso periodo, a condizione che siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere dall'assicurato durante il Periodo di efficacia quale viene definito in questa polizza e a condizione che non siano già noti all'assicurato.

Assicuratori: l'Impresa di assicurazione al punto 1 della scheda di copertura;

Broker: il soggetto a cui è affidato il contratto di Assicurazione

Datore di lavoro: il soggetto titolare del rapporto di lavoro con il lavoratore;

Polizza: il documento attestante l'esistenza del contratto di assicurazione;

Premio: la somma dovuta dal Contraente agli Assicuratori;

Danni materiali: il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali, morte o danneggiamenti a cose (ivi compresi gli animali);

Danni Patrimoniali: il pregiudizio economico verificatosi in assenza di danni materiali come sopra definiti;

Massimale: la somma massima che gli Assicuratori saranno tenuti a pagare ai danneggiati a titolo di capitale, interessi e spese, per l'insieme di tutti i sinistri qualunque sia il numero delle richieste di risarcimento e delle persone danneggiate;

Richiesta di risarcimento: quella che per prima, tra le seguenti circostanze, viene a conoscenza dell'Assicurato:

- la comunicazione con la quale la struttura sanitaria pubblica o la sua impresa assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave;
- l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto di questa assicurazione;

Sinistro: Sinistro: la richiesta di risarcimento sopra definita, di cui l'Assicurato venga a conoscenza per la prima volta nel corso del Periodo di Assicurazione.

OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicuratore in base alle Norme e Condizioni di cui alla presente polizza si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto dallo stesso dovuto, quale civilmente responsabile ai sensi di legge, esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a Colpa Grave, per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato in tutto o in parte responsabile, con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato, verificatisi durante lo svolgimento delle Sue funzioni.

AVVERTENZA :

La presente polizza assicurativa è prestata su base CLAIMS MADE , ovvero la presente polizza copre i reclami che abbiano luogo per la prima volta nel corso del Periodo di validità della presente Assicurazione e che siano regolarmente denunciati agli assicuratori durante lo stesso periodo , a condizione che siano conseguenti a comportamenti colposi posti in essere dall'assicurato durante il periodo di efficacia quale viene definito in questa polizza e a condizione che non siano già noti all'assicurato.

Art. A. ESCLUSIONI

L'assicurazione non vale per i danni:

A1) verificatisi in connessione con trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati artificialmente (fissione o fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, etc) salvo che per l'attività diagnostica e terapeutica oggetto dell'assicurazione;

A2) che insorgono in occasione di guerra, invasione, atti di nemici esterni, ostilità (con o senza dichiarazione di guerra) guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, usurpazione di potere, occupazione militare, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo o di sabotaggio organizzato.

Art. B. LIMITI DI INDENNIZZO

L'assicurazione vale per i risarcimenti (capitale, interessi e spese) fino a concorrenza massima complessiva del massimale previsto dalla presente polizza.

L'assicurazione vale esclusivamente per la personale e diretta responsabilità dell'Assicurato. In caso di responsabilità solidale di un Assicurato con altri soggetti (assicurati o non assicurati), gli Assicuratori risponderanno soltanto per la quota di pertinenza dell'Assicurato stesso.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2. DURATA E PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Il contratto è stipulato per la durata di anni 1 (uno) a decorrere dalle ore 24 del giorno indicato al punto 4 della Scheda di copertura.

Il Contraente della Convenzione e l'Assicurato hanno la facoltà di dare disdetta al presente contratto con preavviso non inferiore a 60 giorni antecedenti alla scadenza.

Art. 3. MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 4. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta agli Assicuratori di ogni aggravamento del rischio.

Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dagli Assicuratori possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile.

Art. 5. DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio gli Assicuratori sono tenuti a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 6. ALTRE ASSICURAZIONI

Solo in caso di sinistro l'Assicurato deve comunicare per iscritto agli Assicuratori l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile e deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri.

Qualora esistano altre assicurazioni, da chiunque contratte, a coprire le stesse responsabilità e gli stessi danni o perdite, questa assicurazione opererà a secondo rischio e cioè solo dopo che i Massimali previsti dalle altre assicurazioni siano esauriti, fermo in ogni caso il Massimale stabilito nella Scheda di copertura.

Art. 7. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso scritto al **Broker di assicurazione** al quale è assegnata la Polizza oppure agli Assicuratori entro 15 (quindici) giorni da quando ne ha avuto conoscenza.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo (art. 1915 c.c.).

La denuncia dovrà contenere la narrazione del fatto, l'indicazione delle conseguenze, il nome ed il domicilio dei danneggiati e dei testimoni, la data, il luogo e le cause del sinistro. Alla denuncia devono poi far seguito, nel più breve tempo possibile, le notizie, i documenti e gli atti giudiziari relativi al sinistro.

Art. 8. GESTIONE DELLE VERTENZE DI DANNO

Nei casi di operatività della Polizza, gli Assicuratori assumono la gestione delle vertenze tanto in sede giudiziale che giurisdiziale, sia civile che amministrativa che penale, nell'interesse dell'Assicurato,

~~designando propri legali o tecnico ed esercitando tutti i diritti e le azioni spettanti all'Assicurato stesso.~~

I costi inerenti ai legali e ai tecnici nominati dagli Assicuratori restano interamente a carico della medesima senza limite di importo ma comunque compresi nel massimale di polizza.

Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di legali e tecnici di sua fiducia nonché in ipotesi di potenziale insorgenza di conflitti di interesse, dovrà farne richiesta agli Assicuratori. Concesso il gradimento alla scelta, gli Assicuratori riconosceranno all'Assicurato le spese legali e peritali da questi sostenute per resistere alle azioni promosse nei suoi confronti, nel limite delle prestazioni professionali effettivamente espletate e documentate, quantificate secondo i minimi previsti dalle tariffe professionali tempo per tempo vigenti.

Sono esclusi dalla garanzia il pagamento di multe, ammende, sanzioni in genere e oneri fiscali (bollatura documenti, spese di registrazione di sentenze ed atti in genere ecc.).

Art. 9. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 10. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Art. 11. FORO COMPETENTE

A scelta della parte attrice, è esclusivamente quello del luogo di residenza o sede del convenuto

Art. 12. INIZIO E LIMITI ALL'OGGETTO DELLA GARANZIA. RETROATTIVITA'

L'assicurazione vale solo per le richieste di risarcimento pervenute agli Assicuratori dall'Assicurato per la prima volta durante il periodo di validità del contratto e conseguenti anche a comportamenti gravemente colposi posti in essere prima della data di effetto della presente polizza a far data dal 01.01.2010.

Tuttavia, per i fatti e/o comportamenti anteriori alla stipula della presente Polizza, l'assicurazione viene contratta limitatamente ed esclusivamente per le responsabilità in relazione alle quali l'Assicurato non abbia ricevuto alla data di stipula alcuna Richiesta di Risarcimento (v. definizione).

Art. 13. BUONA FEDE

L'omissione, incompletezza, inesattezza della dichiarazione da parte dell'assicurato di una circostanza eventualmente aggravante il rischio durante il corso della validità del presente contratto non pregiudicano il diritto al risarcimento dei danni, sempreché tali omissioni o inesatte o incomplete dichiarazioni siano avvenute in buona fede.

Art.14. INTERPRETAZIONE DEL CONTRATTO

Si conviene tra le parti che in caso di dubbia interpretazione delle norme contrattuali verrà data l'interpretazione più favorevole ed estensiva al Contraente/Assicurato su quanto contemplato dalle condizioni tutte di Assicurazione.

TUTELA LEGALE ISCRITTI UIL-FPL

A decorrere dal 01.01.2013 è in atto la nuova tutela legale per tutti gli iscritti UIL-FPL.

Per poter usufruire del servizio legale garantito in tessera, l'iscritto, al momento in cui è al corrente del sinistro per il quale occorre l'intervento del legale, deve contattare il proprio dirigente sindacale di riferimento.

Il dirigente sindacale di riferimento per il tramite della struttura sindacale territoriale, deve contattare l'ufficio legale nazionale, avv. Antonio Fiamingo all'utenza telefonica 3391763532, o l'indirizzo mail tutelalegaleon@gmail.com, con il quale dovrà concordare le modalità di rimborso delle spese legali sostenute o sostenende dall'iscritto.

Al momento dell'apertura della vertenza il responsabile sindacale dovrà inviare all'avv. Antonio Fiamingo, tutta la documentazione inerente il sinistro. L'ufficio legale, unitamente al responsabile sindacale territoriale, valuterà la possibilità di rifondere le spese legali sostenute.

La convenzione stipulata con l'ufficio legale dell'Avv. Antonio Fiamingo tutela gli oneri relativi all'assistenza stragiudiziale e giudiziale che si renda necessaria, nei procedimenti di competenza del Giudice di Lavoro derivanti dall'applicazione di sanzioni disciplinari per fatti e/o atti commessi nell'ambito dell'attività svolta per conto del datore di lavoro, nonché nei procedimenti civili di rivalsa intentati dal datore di lavoro nei confronti degli iscritti, in conseguenza di imputazioni penali.

In tale ambito, gli oneri indennizzabili (nel rispetto del massimale previsto) comprendono:

- le spese per l'intervento di un legale;
- le spese per l'intervento di un perito nominato dall'autorità giudiziaria o dall'iscritto;
- le spese liquidate a favore della controparte in caso di soccombenza.

Si fa presente che la tutela legale come per gli anni precedenti copre fino ad un massimo di euro 2000 (duemila) di spese.

Confermando la libertà di scelta del legale di fiducia da parte dell'iscritto, per evitare equivoci ed al fine di avere un'omogeneità della gestione delle pratiche, è obbligatorio che i casi vengano preventivamente valutati dall'ufficio legale nazionale, ancor prima della scelta dell'avvocato di fiducia.

R.C. COLPA GRAVE 2014 GRATUITA PER GLI ISCRITTI ALLA UIL FPL

Per l'anno 2014 abbiamo sottoscritto con la compagnia "Assicurazioni Generali S.p.A." la polizza assicurativa RC professionale gratuita per tutti gli iscritti UIL FPL appartenenti sia al comparto Sanità che al comparto AA.LL., che prevede un massimale di copertura di €. 200.000,00= (euro duecentomila/00) periodo assicurazione 01/01/2014 -31/12/2014.

[Consulta la polizza.](#)

A completamento, per tutti gli iscritti e per entrambi i comparti, Assicurazioni Generali S.p.A. propone **la polizza integrativa ad adesione** per l'aumento del massimale fino a €. 1.000.000,00 al costo di €. 23,00.

[Scarica modulo di adesione](#)

POLIZZA INTEGRATIVA 2014 RC SANITARIA COLPA GRAVE PER IL PERSONALE

DELLA SANITA'

Abbiamo pensato a due tipi di Polizze Integrative:

1. Polizza con la BH Italia con estensione del massimale a € 5 milioni con retroattività 01/01/2010, premio annuo di € 40,00.

[Scarica modulo di adesione.](#)

2. Polizza con la BH Italia con estensione del massimale a € 5 milioni con retroattività 31/01/2003, premio annuo di € 61,00.

[Scarica modulo di adesione.](#)

POLIZZA CONVENZIONE 2014 RC SANITARIA COLPA GRAVE PER MEDICI, DIRIGENZA SPTA E OSTETRICHE

Il massimale di garanzia della polizza è di 5.000.000 di Euro (Euro cinquemilioni/00). Per quanto riguarda i medici e la dirigenza SPTA il costo della polizza è a carico dell'aderente, mentre, come per gli anni precedenti, per le ostetriche il costo resta a totale carico della struttura nazionale.

[Modulo di adesione per i Medici e Dirigenza Spta](#)

[Modulo di adesione Ostetriche](#)

POLIZZA CONVENZIONE 2014 RC PATRIMONIALE COLPA GRAVE PER I DIRIGENTI E I DIPENDENTI DEL COMPARTO AALL E PER LE PROFESSIONI AMMINISTRATIVE DEL COMPARTO SANITA'.

Convenzione LLOYD'S – Scelta del Massimale a € 1.000.000,00 o € 2.500.000,00 - Premio indicato in tabella allegata al modulo a seconda della qualifica dell'assicurato e a seconda della scelta del massimale.

[Scarica il modulo di adesione.](#)

POLIZZA ASSICURATIVA UNIPOL

Nell'ambito delle iniziative intraprese dalla UIL FPL nazionale e nell'ottica di erogare prestazioni di servizio utili alla tutela della persona, abbiamo inteso rinnovare con l'agenzia UNIPOL la copertura assicurativa sugli infortuni siano essi professionali che extra professionali.

La validità della garanzia è subordinata alla presentazione della tessera associativa e si riferisce alla sola indennità giornaliera da ricovero.

La garanzia prevede le seguenti condizioni:

- *massimale*: 26 € al giorno per una degenza massima di 45 gg;
- *franchigia*: primi 5 gg di ricovero.

In caso di sinistro causato da infortunio, deve essere presentata la denuncia entro 30 gg dalla data dell'evento, completa delle generalità dell'assicurato, foglio di ricovero e di successive dimissioni, ed eventuale cartella clinica o altra documentazione o certificazione medica.

La denuncia deve inoltre richiamare il seguente numero di polizza 2208/77/48631947 e va consegnata all'agenzia di seguito specificata:

STUDIO ASSICURATIVO DUE SRL (AGENZIA GENERALE UGF ASSICURAZIONI)

VIA TRE MONUMENTI, 38 - 05100 TERNI - TEL. 0744 59349 FAX: 0744 406109

MAIL: info@studiodueterni.it

La denuncia potrà essere spedita via fax o posta o direttamente consegnata presso l'agenzia nei seguenti giorni lunedì – mercoledì – venerdì dalle ore 9:00 alle ore 12:45.

www.unipol.it



Inviare il modulo compilato, datato e sottoscritto a:
email: assicurazioni@uilfpl.it
oppure
fax: 06-86508234

CONVENZIONE ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE” PER IL
“PERSONALE DEL COMPARTO – Integrativa B” DELLE AZIENDE DEL S.S.N. ISCRITTO AL SINDACATO
UIL FEDERAZIONE POTERI LOCALI
Polizza Integrativa - Convenzione BH Italia

DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Il / La sottoscritto / a,
nato / a **il**/...../...../,
residente in **Prov.** **CAP**,
via / piazza, **n°**,
codice fiscale,
indirizzo e-mail,
telefono fisso **telefono mobile**,
iscritto al Sindacato UIL Federazione poteri Locali con Tessera valida
in qualità di (riportare la qualifica indicata nel prospetto “Categorie e Premi” allegato)
.....,
presso l’Azienda

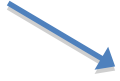
ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE”
con decorrenza dalle ore 24:00 del..... alle ore 24:00 del 31/12/2014
(vedi Tabella “Categorie e Premi” allegata).

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

(A) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell’assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Integrativa Convenzione BH Italia stipulata con la Compagnia di Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l’Italia di cui il sottoscritto ha preso visione;

(B) L’operatività temporale dell’Assicurazione è regolata dall’Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata “Claims Made”. La garanzia vale per i sinistri denunciati dall’Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;

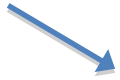
(C) Non è a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi coperti dalla presente polizza in dipendenza dell’attività esercitata dall’Assicurato stesso con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano concretizzati con notifica certa e/o richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell’Azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.



Data FIRMA

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Integrativa Convenzione BH Italia stipulata con la Compagnia di Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia;**
- (B) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made";**
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.**



Data FIRMA

Il Sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa, al trattamento degli stessi.

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di Innovazione Insurance Brokers Srl dei dati personali da Lei comunicatici al momento della richiesta di accensione della polizza in oggetto con la Compagnia di Assicurazione nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle denunce di sinistro e/o alle richieste di indennizzo da Lei eventualmente avanzate per il nostro tramite alla medesima Compagnia di Assicurazione.

I dati personali già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'accensione della polizza e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con la Compagnia di Assicurazione.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci i dati personali sopra detti potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di stipulare la polizza o quella di gestire i sinistri e dare corso alle Sue richieste di indennizzo.

Nell'ambito di Innovazione Insurance Brokers Srl, il trattamento di tutti i dati che La riguardano (sia quelli comuni, sia quelli sensibili) viene effettuato esclusivamente da parte di soggetti incaricati ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. 196/03, ed avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento.

I Suoi dati saranno altresì comunicati alla Compagnia di Assicurazione, ai fini dell'accensione della polizza e della successiva gestione dei sinistri e corresponsione degli indennizzi; inoltre, essi potrebbero essere trasmessi a soggetti incaricati di fornire consulenza in materia legale, contabile e fiscale.

Alcuni dati da Lei forniti potrebbero inoltre essere registrati da Innovazione Insurance Brokers Srl in banche dati ubicate all'estero.

Il Responsabile per il trattamento dei dati che La riguardano è domiciliato per la carica presso la sede di Innovazione Insurance Brokers Srl, in Via Fieschi 6/5, 16121 Genova.

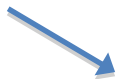
Al sopraindicato responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03.

In particolare, Lei potrà: (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano ed averne



comunicazione in forma intelligibile; (ii) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettificazione o - se vi ha interesse - l'integrazione dei dati che La riguardano; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) opporsi a qualunque trattamento finalizzato all'invio di materiale pubblicitario, alla vendita diretta, al compimento di ricerche di mercato e alla comunicazione commerciale.

La preghiamo di prestare il Suo consenso al trattamento sopra descritto.



Data FIRMA

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI:

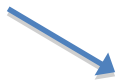
- **essere iscritto al Sindacato UIL-FPL con tessera valida n°.....,**
- **aver regolarmente versato il premio corrispondente alla propria categoria professionale previsto per l'adesione, come da prospetto "Categorie e Premi" allegato, secondo le seguenti modalità:**

BENEFICIARIO: INNOVAZIONE Insurance Brokers S.r.l.
IBAN: IT 53S0 30690 14001 00000067894

IMPORTO: €, (vedi Tabella "Categorie e Premi" allegata).

NUMERO CRO:, (allegare copia bonifico)

CAUSALE UIL FPL Nome, Cognome, data di nascita **(da riportare esattamente come indicato)**



Luogo Data

FIRMA



Estratto Condizioni “Convenzione RC Sanitaria UIL-FPL” - Personale del Comparto (escluso Personale Ostetrico)

- . Polizza: Convenzione Responsabilità Civile “Colpa Grave” Personale del Comparto S.S.N. UIL-FPL. La Polizza opera quale integrazione facoltativa (Integrazione B) alla Polizza gratuita compresa nel tesseramento.
- . Assicuratore: Berkshire Hathaway International Insurance Limited (BH Italia).
- . Chi può aderire facoltativamente: tutto il Personale del Comparto (escluso Personale Ostetrico) Dipendente e non Dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle Aziende del S.S.N. iscritto al Sindacato UIL-FPL.
- . Oggetto dell’Assicurazione: La Società si obbliga a tenere indenne l’Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto legalmente a pagare in qualità di civilmente responsabile in conseguenza di danni (dove per “danno” si intende il pregiudizio economico conseguente a lesioni personali o morte ivi compresi i danni alla salute o biologici) causati a Terzi, inclusi i pazienti, nel caso di:
 - 1) azione diretta del Terzo danneggiato;
 - 2) azione di surrogazione esperita dalla Società di Assicurazioni dell’Azienda Sanitaria, nei casi ed entro i limiti previsti dalla Legge e dal CCNL;
 - 3) azione di rivalsa esperita dall’Azienda Sanitaria nei casi previsti dalla Legge;
 - 4) ulteriori danni nella misura massima del 10% del danno indennizzato (es. danno d’immagine);
- . Forma Contrattuale: “Claims Made”. In regime di claims made si assume che il sinistro venga "attivato" dalla richiesta di risarcimento che l’Assicurato riceve, e pertanto le relative garanzie si attivano dal momento in cui tale richiesta è ricevuta.
- . Retroattività: 31 Gennaio 2003 (data di inizio copertura dell’attività professionale esercitata).
- . Estensione Ultrattiva della copertura (Garanzia Postuma): al termine dell’annualità assicurativa in corso al momento della cessazione del rapporto di servizio, 5 anni al costo di 1 annualità di premio per la copertura dei danni cagionati durante il periodo di efficacia della Convenzione (compresa retroattività).
- . Massimale: € 5.000.000 per sinistro - Massimali aggregati: € 25.000.000 per Ente di appartenenza - € 60.000.000 per Regione di appartenenza
- . Copertura dell’attività esercitata in “intraoena” in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti.
- . Copertura degli atti di solidarietà: intervento di primo soccorso in stato di necessità del Terzo al di fuori dell’orario/ambiente lavorativo (Massimale € 1.000.000,00).
- . Spese Legali e gestione delle Vertenze: Gli Assicuratori rispondono, in aggiunta al Massimale, delle spese legali sostenute per la difesa dell’Assicurato per sinistri rientranti nella copertura assicurativa nella misura di ¼ del massimale. Gli Assicuratori non riconoscono le spese sostenute dall’Assicurato per Legali o Tecnici o Consulenti che non siano da essi designati o approvati.
- . Copertura multiple mansioni: attraverso il pagamento di un premio pari al 75% della somma dei premi previsti per ciascun incarico, è possibile coprire anche le ulteriori mansioni svolte presso Enti diversi rispetto al principale Ente di appartenenza.
- . Franchigia: nessuna
- . Consulente Assicurativo: Ai sensi dell’art. 61 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 si precisa che il servizio di consulenza assicurativa viene prestato dall’intermediario Innovazione Insurance Brokers Srl, Via Fieschi 6/5, 16121 Genova - tel. 010-0980407 - fax 010/2516628. Innovazione Insurance Brokers Srl è iscritta al Registro Unico degli Intermediari dal 2 novembre 2011 con numero di iscrizione B000396748. L’intermediario è soggetto al controllo dell’IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni).



TABELLA “Categorie e Premi”

Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica come di seguito indicato.

Essendo facoltà degli assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell'anno, mantenendo ferma la scadenza del 31 Dicembre di ogni anno, si conviene di calcolare il premio in ragione di 1/12 per ogni mese di garanzia.

La copertura Assicurativa decorre dal primo giorno del mese in cui l'adesione viene richiesta.

Premi annui per **adesioni** alla Convenzione effettuate **dal 01/01/2014 al 28/02/2014** – Scadenza adesione 31/12/2014

QUALIFICA dell'ASSICURATO	Massimale € 5.000.000,00
OSA, OSS, OTA	€ 61,00
Infermieri Professionali	€ 61,00
Pedagogisti	€ 61,00
Assistenti Sociali	€ 61,00
Assistenti Sanitari	€ 61,00
Capo Sala	€ 61,00
Dietisti	€ 61,00
Farmacisti	€ 61,00
Tecnici Sanitari	€ 61,00
Infermieri Pedriatici	€ 61,00
Tecnico della Prevenzione	€ 61,00
Logopedisti	€ 61,00
Ortottisti	€ 61,00
Neurofisiatri	€ 61,00
Radiologi	€ 61,00
Vigilatrici d'Infanzia	€ 61,00
Fisioterapisti	€ 61,00

Premi mensili per **adesioni** alla Convenzione effettuate **successivamente al 28/02/2014** – Scadenza adesione 31/12/2014.

Ferma la scadenza del 31/12/2014, in caso di adesione successiva al 28/02/2014 sarà necessario conteggiare i mesi di copertura richiesti compreso il mese in cui l'adesione viene effettuata, moltiplicandoli per gli importi mensili sotto indicati.

QUALIFICA dell'ASSICURATO	Massimale € 5.000.000,00
OSA, OSS, OTA	€ 5,08
Infermieri Professionali	€ 5,08
Pedagogisti	€ 5,08
Assistenti Sociali	€ 5,08
Assistenti Sanitari	€ 5,08
Capo Sala	€ 5,08
Dietisti	€ 5,08
Farmacisti	€ 5,08
Tecnici Sanitari	€ 5,08
Infermieri Pedriatici	€ 5,08
Tecnico della Prevenzione	€ 5,08
Logopedisti	€ 5,08
Ortottisti	€ 5,08
Neurofisiatri	€ 5,08



BHItalia[®]
Gruppo assicurativo Berkshire Hathaway

Radiologi	€ 5,08
Vigilatrici d'Infanzia	€ 5,08
Fisioterapisti	€ 5,08



Inviare il modulo compilato, datato e sottoscritto a:
email:assicurazioni@uilfpl.it
oppure
fax: 06-86508234

CONVENZIONE ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE”
per i “**DIPENDENTI del COMPARTO**” delle Autonomie Locali ed Aziende del S.S.N. iscritti al Sindacato
UIL FEDERAZIONE POTERI LOCALI
Polizza Integrativa Generali S.p.A n° 330237853

DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Il / La sottoscritto / a,
nato / a **il**/...../...../,
residente in **Prov.**..... **CAP**.....,
via / piazza, **n°**,
codice fiscale,
indirizzo e-mail,
telefono fisso **telefono mobile**,
iscritto al Sindacato UIL Federazione poteri Locali con Tessera valida in qualità di
.....,
presso l'Ente

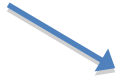
ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE COLPA GRAVE

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

(A) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Integrativa Generali S.p.A n° 330237853 di cui il sottoscritto ha preso visione;

(B) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata secondo la formulazione denominata “Claims Made”. La garanzia vale per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;

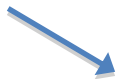
(C) Non è a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi coperti dalla presente polizza in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano concretizzati con notifica certa e/o richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell'Azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.



Data FIRMA

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Integrativa Generali S.p.A n° 330237853;**
- (B) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made";**
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.**



Data FIRMA

Il Sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa , al trattamento degli stessi.

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di Innovazione Insurance Brokers Srl dei dati personali da Lei comunicatici al momento della richiesta di accensione della polizza in oggetto con la Compagnia di Assicurazione nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle denunce di sinistro e/o alle richieste di indennizzo da Lei eventualmente avanzate per il nostro tramite alla medesima Compagnia di Assicurazione.

I dati personali già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'accensione della polizza e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con la Compagnia di Assicurazione.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci i dati personali sopra detti potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di stipulare la polizza o quella di gestire i sinistri e dare corso alle Sue richieste di indennizzo.

Nell'ambito di Innovazione Insurance Brokers Srl, il trattamento di tutti i dati che La riguardano (sia quelli comuni, sia quelli sensibili) viene effettuato esclusivamente da parte di soggetti incaricati ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. 196/03, ed avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento.

I Suoi dati saranno altresì comunicati alla Compagnia di Assicurazione, ai fini dell'accensione della polizza e della successiva gestione dei sinistri e corresponsione degli indennizzi; inoltre, essi potrebbero essere trasmessi a soggetti incaricati di fornire consulenza in materia legale, contabile e fiscale.

Alcuni dati da Lei forniti potrebbero inoltre essere registrati da Innovazione Insurance Brokers Srl in banche dati ubicate all'estero.

Il Responsabile per il trattamento dei dati che La riguardano è domiciliato per la carica presso la sede di Innovazione Insurance Brokers Srl, in Via Fieschi 6/5, 16121 Genova.

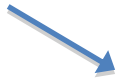
Al sopraindicato responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03.

In particolare, Lei potrà: (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano ed averne comunicazione in forma intelligibile; (ii) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la



logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettificazione o - se vi ha interesse - l'integrazione dei dati che La riguardano; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) opporsi a qualunque trattamento finalizzato all'invio di materiale pubblicitario, alla vendita diretta, al compimento di ricerche di mercato e alla comunicazione commerciale.

La preghiamo di prestare il Suo consenso al trattamento sopra descritto.



Data FIRMA

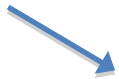
IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI:

- **essere iscritto al Sindacato UIL-FPL con tessera valida n°.....**
- **aver regolarmente versato il premio pari ad € 23,00 secondo le seguenti modalità:**

BENEFICIARIO: INNOVAZIONE Insurance Brokers S.r.l.
IBAN: IT 53S0 30690 14001 00000067894

NUMERO CRO:, (allegare copia bonifico)

CAUSALE UIL FPL Nome, Cognome, data di nascita **(da riportare esattamente come indicato)**



Luogo Data

FIRMA



**Estratto Condizioni “Convenzione RC Colpa Grave UIL-FPL”
Personale del Comparto delle Autonomie Locali ed Aziende del S.S.N.
Polizza Integrativa Generali S.p.A n° 330237853**

- . Polizza Integrativa: La Polizza opera quale integrazione facoltativa alla Polizza gratuita compresa nel tesseramento.
- . Assicuratore: Generali Italia S.p.A.
- . Chi può aderire facoltativamente: tutto il Personale del Comparto Dipendente e non Dipendente a qualsiasi titolo inquadrato nelle Autonomie Locali ed Aziende del S.S.N.
- . Oggetto dell'Assicurazione: L'Assicuratore in base alle Norme e Condizioni di cui alla presente Polizza si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto dallo stesso dovuto, quale civilmente responsabile ai sensi di Legge, esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a Colpa Grave, per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato in tutto od in parte responsabile, con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato, verificatisi durante lo svolgimento delle Sue funzioni. In tal senso vengono considerati sinistro:
 - la comunicazione con la quale l'Ente Pubblico o la sua Impresa Assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave
 - l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'Oggetto di questa Assicurazione;
- . Forma Contrattuale: “Claims Made”. In regime di claims made si assume che il sinistro venga "attivato" dalla richiesta di risarcimento che l'Assicurato riceve, e pertanto le relative garanzie si attivano dal momento in cui tale richiesta è ricevuta.
- . Retroattività: 1 Gennaio 2010 (data di inizio copertura dell'attività professionale esercitata).
- . Massimale: € 1.000.000 per sinistro (€ 800.000 per sinistro e per anno assicurativo in eccesso ad € 200.000 per sinistro e per anno assicurativo già compresi nel tesseramento UIL FPL).
- . Spese Legali e gestione delle Vertenze: Gli Assicuratori rispondono, in aggiunta al Massimale, delle spese legali sostenute per la difesa dell'Assicurato per sinistri rientranti nella copertura assicurativa nella misura di ¼ del massimale. Gli Assicuratori non riconoscono le spese sostenute dall'Assicurato per Legali o Tecnici o Consulenti che non siano da essi designati o approvati.
- . Franchigia: nessuna
- . Consulente Assicurativo: Ai sensi dell'art. 61 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 si precisa che il servizio di consulenza assicurativa viene prestato dall'intermediario Innovazione Insurance Brokers Srl, Via Fieschi 6/5, 16121 Genova - tel. 010-0980407 - fax 010/2516628. Innovazione Insurance Brokers Srl è iscritta al Registro Unico degli Intermediari dal 2 novembre 2011 con numero di iscrizione B000396748. L'intermediario è soggetto al controllo dell'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni).



Inviare il modulo compilato, datato e sottoscritto a:
email: assicurazioni@uilfpl.it
oppure
fax: 06-86508234

CONVENZIONE ASSICURAZIONE DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE” PER IL
“PERSONALE DEL COMPARTO – Integrativa A” DELLE AZIENDE DEL S.S.N. ISCRITTO AL SINDACATO
UIL FEDERAZIONE POTERI LOCALI
Polizza Integrativa - Convenzione BH Italia

DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

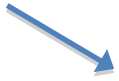
Il / La sottoscritto / a,
nato / a il/...../...../,
residente in Prov. CAP,
via / piazza, n°,
codice fiscale,
indirizzo e-mail,
telefono fisso telefono mobile,
iscritto al Sindacato UIL Federazione poteri Locali con Tessera valida
in qualità di (riportare la qualifica indicata nel prospetto “Categorie e Premi” allegato)
.....,
presso l’Azienda,

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITÀ CIVILE “COLPA GRAVE”
con decorrenza dalle ore 24:00 del..... alle ore 24:00 del 31/12/2014
(vedi Tabella “Categorie e Premi” allegata).

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (A) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell’assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Integrativa Convenzione BH Italia stipulata con la Compagnia di Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l’Italia di cui il sottoscritto ha preso visione;
- (B) L’operatività temporale dell’Assicurazione è regolata dall’Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata “Claims Made”. La garanzia vale per i sinistri denunciati dall’Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;

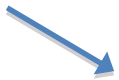
(C) Non è a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi coperti dalla presente polizza in dipendenza dell’attività esercitata dall’Assicurato stesso con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano concretizzati con notifica certa e/o richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell’Azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.



Data FIRMA

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- (A) Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Integrativa Convenzione BH Italia stipulata con la Compagnia di Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia;**
- (B) Formulazione temporale dell'assicurazione "Claims Made";**
- (C) Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.**



Data FIRMA

Il Sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 "Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali" ed acconsente, ai sensi della predetta normativa, al trattamento degli stessi.

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di Innovazione Insurance Brokers Srl dei dati personali da Lei comunicatici al momento della richiesta di accensione della polizza in oggetto con la Compagnia di Assicurazione nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle denunce di sinistro e/o alle richieste di indennizzo da Lei eventualmente avanzate per il nostro tramite alla medesima Compagnia di Assicurazione.

I dati personali già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'accensione della polizza e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con la Compagnia di Assicurazione.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci i dati personali sopra detti potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di stipulare la polizza o quella di gestire i sinistri e dare corso alle Sue richieste di indennizzo.

Nell'ambito di Innovazione Insurance Brokers Srl, il trattamento di tutti i dati che La riguardano (sia quelli comuni, sia quelli sensibili) viene effettuato esclusivamente da parte di soggetti incaricati ai sensi dell'art. 30 del D. Lgs. 196/03, ed avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento.

I Suoi dati saranno altresì comunicati alla Compagnia di Assicurazione, ai fini dell'accensione della polizza e della successiva gestione dei sinistri e corresponsione degli indennizzi; inoltre, essi potrebbero essere trasmessi a soggetti incaricati di fornire consulenza in materia legale, contabile e fiscale.

Alcuni dati da Lei forniti potrebbero inoltre essere registrati da Innovazione Insurance Brokers Srl in banche dati ubicate all'estero.

Il Responsabile per il trattamento dei dati che La riguardano è domiciliato per la carica presso la sede di Innovazione Insurance Brokers Srl, in Via Fieschi 6/5, 16121 Genova.

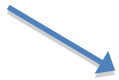
Al sopraindicato responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03.

In particolare, Lei potrà: (i) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano ed averne



comunicazione in forma intelligibile; (ii) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (iii) chiedere l'aggiornamento, la rettificazione o - se vi ha interesse - l'integrazione dei dati che La riguardano; (iv) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (v) opporsi a qualunque trattamento finalizzato all'invio di materiale pubblicitario, alla vendita diretta, al compimento di ricerche di mercato e alla comunicazione commerciale.

La preghiamo di prestare il Suo consenso al trattamento sopra descritto.



Data FIRMA

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE DI:

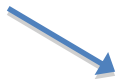
- essere iscritto al Sindacato UIL-FPL con tessera valida n°.....,
- aver regolarmente versato il premio corrispondente alla propria categoria professionale previsto per l'adesione, come da prospetto "Categorie e Premi" allegato, secondo le seguenti modalità:

BENEFICIARIO: INNOVAZIONE Insurance Brokers S.r.l.
IBAN: IT 53S0 30690 14001 00000067894

IMPORTO: €, (vedi Tabella "Categorie e Premi" allegata).

NUMERO CRO:, (allegare copia bonifico)

CAUSALE UIL FPL Nome, Cognome, data di nascita (**da riportare esattamente come indicato**)



Luogo Data

FIRMA



Estratto Condizioni “Convenzione RC Sanitaria UIL-FPL” - Personale del Comparto (escluso Personale Ostetrico)

- . Polizza: Convenzione Responsabilità Civile “Colpa Grave” Personale del Comparto S.S.N. UIL-FPL. La Polizza opera quale integrazione facoltativa (Integrativa A) alla Polizza gratuita compresa nel tesseramento.
- . Assicuratore: Berkshire Hathaway International Insurance Limited (BH Italia).
- . Chi può aderire facoltativamente: tutto il Personale del Comparto (escluso Personale Ostetrico) Dipendente e non Dipendente a qualsiasi titolo inquadrato delle Aziende del S.S.N. iscritto al Sindacato UIL-FPL.
- . Oggetto dell'Assicurazione: L'Assicuratore in base alle Norme e Condizioni di cui alla presente Polizza si obbliga a tenere indenne l'Assicurato di quanto dallo stesso dovuto, quale civilmente responsabile ai sensi di Legge, esclusivamente in conseguenza di eventi addebitabili a Colpa Grave, per i quali l'Assicurato sia stato dichiarato in tutto od in parte responsabile, con sentenza della Corte dei Conti passata in giudicato, verificatisi durante lo svolgimento delle Sue funzioni. In tal senso vengono considerati sinistro:
 - la comunicazione con la quale l'Ente Pubblico o la sua Impresa Assicuratrice manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per colpa grave
 - l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'Oggetto di questa Assicurazione;
- . Forma Contrattuale: “Claims Made”. In regime di claims made si assume che il sinistro venga "attivato" dalla richiesta di risarcimento che l'Assicurato riceve, e pertanto le relative garanzie si attivano dal momento in cui tale richiesta è ricevuta.
- . Retroattività: 1 Gennaio 2010 (data di inizio copertura dell'attività professionale esercitata).
- . Massimale: € 5.000.000 per sinistro - Massimali aggregati: € 25.000.000 per Ente di appartenenza - € 60.000.000 per Regione di appartenenza
- . Spese Legali e gestione delle Vertenze: Gli Assicuratori rispondono, in aggiunta al Massimale, delle spese legali sostenute per la difesa dell'Assicurato per sinistri rientranti nella copertura assicurativa nella misura di ¼ del massimale. Gli Assicuratori non riconoscono le spese sostenute dall'Assicurato per Legali o Tecnici o Consulenti che non siano da essi designati o approvati.
- . Franchigia: nessuna
- . Consulente Assicurativo: Ai sensi dell'art. 61 del Regolamento ISVAP n. 5 del 16/10/2006 si precisa che il servizio di consulenza assicurativa viene prestato dall'intermediario Innovazione Insurance Brokers Srl, Via Fieschi 6/5, 16121 Genova - tel. 010-0980407 - fax 010/2516628. Innovazione Insurance Brokers Srl è iscritta al Registro Unico degli Intermediari dal 2 novembre 2011 con numero di iscrizione B000396748. L'intermediario è soggetto al controllo dell'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni).



TABELLA “Categorie e Premi”

Il premio annuo pro-capite per ogni annualità è calcolato applicando il premio lordo, imposte governative incluse, per qualifica come di seguito indicato.

Essendo facoltà degli assicurati aderire alla garanzia in qualunque momento dell’anno, mantenendo ferma la scadenza del 31 Dicembre di ogni anno, si conviene di calcolare il premio in ragione di 1/12 per ogni mese di garanzia.

La copertura Assicurativa decorre dal primo giorno del mese in cui l’adesione viene richiesta.

Premi annui per **adesioni** alla Convenzione effettuate **dal 01/01/2014 al 28/02/2014** – Scadenza adesione 31/12/2014

QUALIFICA dell’ASSICURATO	Massimale € 5.000.000,00
OSA, OSS, OTA	€ 40,00
Infermieri Professionali	€ 40,00
Pedagogisti	€ 40,00
Assistenti Sociali	€ 40,00
Assistenti Sanitari	€ 40,00
Capo Sala	€ 40,00
Dietisti	€ 40,00
Farmacisti	€ 40,00
Tecnici Sanitari	€ 40,00
Infermieri Pedriatici	€ 40,00
Tecnico della Prevenzione	€ 40,00
Logopedisti	€ 40,00
Ortottisti	€ 40,00
Neurofisiatri	€ 40,00
Radiologi	€ 40,00
Vigilatrici d’Infanzia	€ 40,00
Fisioterapisti	€ 40,00

Premi mensili per **adesioni** alla Convenzione effettuate **successivamente al 28/02/2014** – Scadenza adesione 31/12/2014.

Ferma la scadenza del 31/12/2014, in caso di adesione successiva al 28/02/2014 sarà necessario conteggiare i mesi di copertura richiesti compreso il mese in cui l’adesione viene effettuata, moltiplicandoli per gli importi mensili sotto indicati.

QUALIFICA dell’ASSICURATO	Massimale € 5.000.000,00
OSA, OSS, OTA	€ 3,33
Infermieri Professionali	€ 3,33
Pedagogisti	€ 3,33
Assistenti Sociali	€ 3,33
Assistenti Sanitari	€ 3,33
Capo Sala	€ 3,33
Dietisti	€ 3,33
Farmacisti	€ 3,33
Tecnici Sanitari	€ 3,33
Infermieri Pedriatici	€ 3,33
Tecnico della Prevenzione	€ 3,33
Logopedisti	€ 3,33
Ortottisti	€ 3,33



Neurofisiatri	€ 3,33
Radiologi	€ 3,33
Vigilatrici d'Infanzia	€ 3,33
Fisioterapisti	€ 3,33