



REGIONE CALABRIA  
AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE  
DI VIBO VALENTIA

Via Dante Alighieri 89900 Vibo Valentia  
Partita IVA 02866420793

*Commissione Straordinaria*

**A tutti i dirigenti medici**

**A tutto il personale paramedico**



**Oggetto:** Circolare informativa copertura assicurativa facoltativa per colpa grave.

Si informano i dirigenti medici e il personale paramedico che è stata aggiudicata alla Società di assicurazioni **AM TRUST EUROPE** la polizza assicurativa della Responsabilità Civile Generale avente effetto dalle ore 24.00 del 30.09.2011 e scadenza alle ore 24.00 del 30.09.2014.

L'art. 30 della polizza a parziale deroga dell'art. 29 delle condizioni contrattuali prevede per i dirigenti medici e per il personale paramedico, la facoltà di assicurarsi contro i rischi delle responsabilità civile, con onere del premio a loro carico, per i danni causati dagli stessi per **colpa grave** accertata con sentenza definitiva della Corte dei Conti passata in giudicato.

L'estensione vale anche, salvo il caso di dolo, per l'attività libero professionale intramoenia esercitata dai medici e dal personale assegnato, che abbiano formulato la propria adesione e corrisposto il relativo premio.

Le condizioni economiche proposte dalla società assicurativa **AM TRUST EUROPE** e declinate nell'offerta di gara sono le seguenti:

**a) Dirigenti medici e medici convenzionati - premio lordo annuo € 550,00;**

**b) Personale paramedico - premio lordo annuo € 100,00;**

(per gli assicurati che aderiscono nel corso dell'anno il premio sarà determinato dividendo in dodicesimi il premio annuo, in relazione al mese di adesione).

Di seguito si elencano le modalità per aderire all'assicurazione integrativa-facoltativa disciplinate dal contratto di polizza:

- A.** gli aderenti alla suddetta estensione di garanzia dovranno compilare e sottoscrivere l'allegato "modulo di adesione" (**allegato n.1**) ed inviarlo all'U.O. Affari Generali – Sezione Assicurazioni, tramite l'ufficio protocollo, che provvederà, a sua volta, a trasmetterlo al Broker assicurativo;
- B.** con la sottoscrizione dell'allegato modulo, gli aderenti, delegano l'Azienda a trattenere dallo stipendio il premio lordo annuo anticipato a loro carico che sarà versato alla Compagnia assicuratrice per il tramite del consulente assicurativo dell'azienda;
- C.** il pagamento del premio lordo annuo individuale verrà effettuato entro e non oltre il mese successivo alla data di invio del contratto di assicurazione da parte del consulente assicurativo dell'Azienda (attualmente AON S.p.A.) mentre la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 24.00 dalla data di acquisizione della "**proposta di adesione**" da parte dell'AON SpA". La durata dell'estensione della garanzia è uguale a quella della polizza e, pertanto, le adesioni sono considerate valide per l'intera durata del contratto.
- D.** agli aderenti verrà consegnata copia dell'appendice di polizza unitamente a copia del contratto di polizza.

**N.B. Unicamente per la prima annualità di polizza, è concessa la facoltà di aderire alla garanzia "Colpa Grave" con decorrenza dalle ore 24 del 30.09.2011 a tutti coloro che faranno pervenire la propria adesione entro e non oltre le ore 24 del 30.11.2011.**

Si informa altresì che:

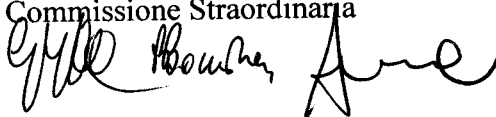
- il contratto di polizza è visionabile presso l'U.O. Affari Generali – Sezione assicurazioni – tel. 0963/962440 e sarà a breve pubblicato sul sito web aziendale;
- eventuali informazioni e delucidazioni tecniche potranno essere richieste, tanto per l'assicurazione base quanto per l'assicurazione integrativa facoltativa, alla predetta Unità Operativa – Sezione assicurazioni e/o al consulente e broker assicurativo dell'Azienda –

Allegati

- modulo di adesione
- scheda sintetica condizioni assicurative.

Distinti saluti.

La Commissione Straordinaria



**U.O. Affari Generali**  
**Il Direttore**  
**Avv. Francesco PROCOPIO**





**Modulo di richiesta adesione per l'attivazione dell'estensione di garanzia per la rinuncia alla rivalsa nei casi di "Colpa Grave", che forma parte integrante della polizza n. ITOMM1100805 con la AM Trust Europe ltd**

**AZIENDA DI APPARTENENZA: AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI VIBO VALENTIA**

Il/La sottoscritto/a chiede di aderire all'estensione di garanzia a margine indicata a partire dalle ore 24 del .....(N.B. : La copertura decorre dalle ore 24 dell'ultimo giorno del mese nel quale viene ricevuto il presente Modulo debitamente compilato, datato e sottoscritto).

**DATI RICHIEDENTE:**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_  
Nato/a il \_\_\_\_\_ Indirizzo: \_\_\_\_\_  
CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**CATEGORIA a) premio annuo € 550,00:**

Dirigente Medico in servizio presso:  
(indicare U.O. di appartenenza) \_\_\_\_\_  
Matricola: \_\_\_\_\_

**CATEGORIA b) premio annuo € 100,00:**

Dipendente non Dirigente in servizio presso:  
(indicare U.O. di appartenenza) \_\_\_\_\_  
Matricola: \_\_\_\_\_

**Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dagli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile il/la sottoscritto/a dichiara (barrare una delle sue opzioni):**

- 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.
- Di aver ricevuto richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, come da documentazione allegata alla presente richiesta.

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

*Ai sensi del D.Lgs 196/03 le Parti acconsentono al trattamento dei dati personali contenuti nella presente polizza o che eventualmente ne derivino, per le finalità strettamente connesse agli adempimenti degli obblighi contrattuali.*

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



### **Scheda sintetica di copertura assicurativa**

#### **"Estensione di garanzia ai casi di Colpa grave"**

**(Estensione alla polizza aziendale n. ITOMM1100805 - AM Trust Europe ltd)**

<b>Decorrenza polizza</b>	ore 24 del 30.09.2011	<b>Scadenza</b>	ore 24 del 30.09.2014
<b>Frazionamento</b>	Annuale		
<b>Premio lordo annuo dell'adesione</b>	€ 550,00 per la Cat. a) Dirigenza medica € 100,00 per la Cat. b) Personale paramedico o altro personale		
<b>Rescindibilità</b>	Per la presente garanzia il termine di disdetta per entrambe le Parti è di 90 (novanta) giorni prima della scadenza di ogni anno.		
<b>Massimale</b>	€ 5.000.000,00 per sinistro /per danni a persone/per danni a cose		

#### **Oggetto della garanzia**

La presente garanzia assicura i dipendenti dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia, per quanto questi siano a tenuti a pagare quale civilmente responsabili ai sensi di legge, a titolo di risarcimento (capitale, interessi e spese) per danni cagionati a terzi per morte e lesioni personali in conseguenza di un fatto commesso con "colpa grave" durante l'esercizio dell'attività professionale di dipendente dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia svolta nelle strutture anche mobili gestite dalla stessa Azienda sia durante l'orario di lavoro che durante lo svolgimento di attività libero professionale in regime intramurario così come regolamentata dal vigente Accordo Nazionale Medici dipendenti del SSN. La presente garanzia è operante nei limiti e in base alle norme contrattuali previste dalla polizza base n. ITOMM1100805, di cui forma parte integrante.

#### **Validità temporale della garanzia**

L'assicurazione vale per le richieste di risarcimento presentate per la prima volta nel corso del periodo di efficacia dell'Assicurazione stessa, a condizione che tali richieste siano conseguenti a fatti colposi posti in essere durante il periodo di validità della garanzia, od in epoca antecedente la data di effetto della polizza base, ma non prima del 30.09.2001.

#### **Gestione delle vertenze - spese di resistenza**

- Gestione stragiudiziale e giudiziale delle vertenze in sede civile, penale ed amministrativa con designazione, ove occorra, di legali o tecnici, avvalendosi di tutti i diritti ed azioni spettanti all'Assicurato stesso.
- L'Assicurato/Contraente è tenuto a prestare la propria collaborazione per permettere la gestione delle suddette vertenze e a comparire personalmente in giudizio ove la procedura lo richieda. La Società ha diritto di rivalersi sull'Assicurato/Contraente del pregiudizio derivatole dall'inadempimento di tali obblighi.
- Le spese di resistenza all'azione promossa contro l'Assicurato/Contraente rimangono a carico della Società entro il limite di un importo pari al quarto del massimale stabilito in polizza per il danno cui si riferisce la domanda. Qualora la somma dovuta al danneggiato superi detto massimale, le spese vengono ripartite fra Società e Assicurato/Contraente in proporzione del rispettivo interesse.
- Non sono rimborsabili dalla Società le spese incontrate dall'Assicurato/Contraente per i legali o tecnici che non siano da essa designati .
- Non si intendono incluse multe od ammende né spese di giustizia penale.