

SCHEDA DI ADESIONE ALLA GARANZIA "ESTENSIONE COLPA GRAVE"



Scheda da compilare e inviare all' indirizzo PEC _____ dell'Azienda Ospedaliera San Pio completa degli allegati richiesti

IL SOTTOSCRITTO

Nome _____ Cognome _____ Matricola _____

Codice Fiscale _____ Luogo di Nascita _____

Data di nascita _____ Comune di residenza _____

Indirizzo di residenza _____ Telefono cellulare _____

Telefono fisso ufficio _____ Profilo professionale _____

Indirizzi e- mail aziendale _____ personale _____

in servizio presso (indicare la struttura) _____

CHIEDE

di aderire alla estensione di garanzia, comunemente definita "Estensione di garanzia Colpa Grave", prevista nella polizza di Responsabilità Civile Terzi e Dipendenti N.ro IITOMM00002 contratta dalla Azienda Ospedaliera San Pio di Benevento con la società "AMTRUST International Underwriters DAC " in applicazione a quanto stabilito nei Contratti Collettivi di Lavoro della Dirigenza e del Comparto, con decorrenza:

dalle ore 24 del 13 marzo 2019 e fino alla sua scadenza contrattuale fissata alle ore 24 del 13 marzo 2022, ivi comprese le eventuali proroghe

SI No

oppure

al 1° giorno del mese successivo alla sottoscrizione del presente modulo e fino alla sua scadenza contrattuale fissata alle ore 24 del 13 marzo 20122, ivi comprese le eventuali proroghe (*). SI

No

(*) inserire esclusivamente il mese da cui si intende dare inizio alla garanzia; il mese decorrerà dal primo giorno successivo a quello di sottoscrizione della presente scheda.

AUTORIZZA

L'Azienda Ospedaliera San Pio a procedere alla trattenuta del premio dal proprio stipendio, in rate mensili nella misura di:

- € 47,00 - per i dipendenti appartenenti alla Dirigenza Medica e non Medica, i Medici e le altre Professionalità in convenzione, ove previsto dagli ACN
- € 30,00 per i Medici con Contratto di Formazione Specialistica
- € 6,00 per i dipendenti del comparto in categoria D e superiori

quale premio mensile dovuto alle società di assicurazioni per rendere efficace la garanzia **nonché**

alla trattenuta in unica soluzione, in caso di sospensione, anche temporanea, o cessazione del rapporto di lavoro durante la vigenza di polizza, del premio residuo dovuto all'assicurazione a completamento dell'annualità, non decurtabile mensilmente dalla busta paga e dovuta all'assicuratore a termini di contratto.

Allega modulo informativo sul trattamento dei dati personali (privacy) e l'informativa precontrattuale, sottoscritti

Data _____

Firma _____

sottoscritto/a **DICHIARA di:**

- aver preso visione e di accettare le condizioni contrattuali della polizza di Responsabilità Civile Terzi e Dipendenti
- essere consapevole delle scadenze annuali fissate al 13 marzo di ciascun anno oltre eventuali proroghe e che pertanto sarà obbligo dell'Assicurato, qualora volesse rescindere il rapporto contrattuale a ciascuna scadenza intermedia, notificare formale disdetta dal contratto entro 30 gg dalla scadenza all'Area _____ via e-mail _____
- essere consapevole che la sospensione/cessazione del rapporto di lavoro in corso d'anno comporta comunque l'obbligo al pagamento del premio fino al termine dell'annualità.

limitatamente agli ultimi 5 anni, dichiara di avere ricevuto atto di citazione in giudizio oppure qualsiasi comunicazione scritta che faccia riferimento ad una richiesta danni derivante da atti, fatti e/o omissioni che sono stati commessi o si presume siano stati commessi.

SI No

In caso di dichiarazione positiva fornire obbligatoriamente i dati seguenti

DATA EVENTO _____ DATA DENUNCIA _____ ASSICURATORE _____

DESCRIZIONE EVENTO _____

Avvertenza: La garanzia richiesta non assicura le richieste di risarcimento per eventi dannosi dei quali il Dipendente, alla data di sottoscrizione e consegna del presente modulo abbia già ricevuto la notifica di qualsiasi atto di citazione in giudizio oppure di qualsiasi richiesta di risarcimento. L'inesatta, incompleta o non chiara compilazione della scheda sarà motivo di rigetto della stessa con conseguente richiesta di approfondimenti. Eventuali richieste di informazioni di carattere tecnico potranno essere formulate sia in fase di sottoscrizione che durante l'efficacia delle garanzie all'indirizzo email: colpagrave.sanpio@assidea.it. Si precisa altresì che è facoltà dell'Azienda, in base

all'evolversi del contratto assicurativo (esempio: proroga, recesso anticipato), modificare i termini delle polizze attualmente vigenti dandone comunicazione agli interessati.

BOZZA