



12 FEB. 2010

Adottata dal Commissario in data _____

OGGETTO: LIQUIDAZIONE PREMIO POLIZZA INFORTUNI DONATORI SANGUE - ANNO 2010 – COMPAGNIA UNIPOL ASSICURAZIONI -

Su proposta del Servizio Affari Generali

RICHIAMATA la deliberazione del Commissario n. 194/c del 26.11.2009 con la quale l'Azienda USL 7 ha provveduto alla indizione della gara pubblica a procedura negoziata per l'affidamento biennale della copertura assicurativa per attività dei centri trasfusionali – tipologia INFORTUNI DONATORI SANGUE - per il periodo 31.12.2009/31.12.2011;

VISTA inoltre la deliberazione del Commissario n. 329 del 29.12.2009 con la quale si è provveduto alla aggiudicazione della gara in favore della Compagnia UGF - UNIPOL Assicurazioni – Agenzia di Iglesias – per un importo pari a € 5.000,00 annuo, imposte e tasse comprese;

DATO ATTO che il contratto è stato stipulato mediante la firma della polizza n. 2095/130/51633177 che risulta conforme agli atti di gara ed è stata sottoscritta dalle parti;

RITENUTO pertanto di dover provvedere alla liquidazione dell'importo di € 5.000,00, in favore della Compagnia UNIPOL Assicurazioni a copertura del periodo 31.12.2009/31.12.2010;

SENTITI il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo

IL COMMISSARIO

PRESO ATTO dell'istruttoria svolta dal Servizio Affari Generali

SENTITI i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo

DELIBERA

- Di liquidare l'importo di € 5.000,00 a titolo di premio della polizza per attività dei centri trasfusionali – INFORTUNI DONATORI SANGUE - in favore della Compagnia UNIPOL Assicurazioni – Agenzia di Iglesias, a copertura del periodo dal 31.12.2009 al 31.12.2010;
- Di demandare al Servizio Bilancio il pagamento dell'importo predetto tramite bonifico bancario da effettuarsi su conto corrente intestato a:

UNIPOL Assicurazioni presso BANCA UNIPOL – Iglesias – IBAN IT 77Z31 2743910 CC 1000030355

- Di movimentare l'importo di € 5.000,00 sul codice conto n. 0514030703 del vigente Piano dei Conti aziendale.

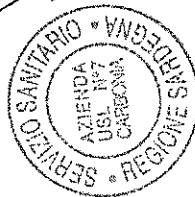
IL COMMISSARIO
Dr. Maurizio Calamida

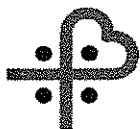
IL DIRETTORE SAN.RIO
Dr. Antonio Macciò

IL DIRETTORE AMM.VO
Dr. Giuseppe Serra

Il Dirig. AAGG Dr. Contini

Il Coll. AAGG Dr.ssa Locci





ASL Carbonia

Il Servizio Affari Generali
attesta che la deliberazione
N° 205/c del 12 FEB. 2010

è stata pubblicata
nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7
a partire dal 15 FEB. 2010 al 1 MAR. 2010
resterà in pubblicazione per 15 gg. consecutivi
ed è stata posta a disposizione per la consultazione.

IL SERVIZIO AFFARI GENERALI



gasta

CONSEGNARE COPIE A :

Bilancio

Collegio Sindacale

Affari Generali – sett. assic.

ASL

"PARTE B"

AGENZIA **IGLESIAS** 1 003 00000 00078730837

| | | | | | | | | | | | |
|----------|-------------|------|----------------|--------------|----------|--------|-----------|----------|--------|------|------------------------|
| COD. AG. | COD. SUBAG. | RAMO | NUMERO POLIZZA | N. ARCH. AG. | PRODOTTO | CLASSE | ESERCIZIO | REG. PR. | GRUPPI | D.P. | INDICE (TIPO E NUMERO) |
| 2095 | 100 | 77 | 51633177 | | 1031 | 16 | 2009 | 1 | 0 | 0 | |

| | | | | | |
|-----------------|------------------|---------------------|-------------------|----------------|------------------|
| EFFETTO POLIZZA | SCADENZA POLIZZA | SCADENZA PRIMA RATA | CODICE RATEAZIONE | DATA EMISSIONE | SCADENZA VINCOLO |
| 31/12/2009 | 31/12/2011 | 31/12/2010 | 1 ANNUALE | 29/12/2009 | |

| | | | | |
|-----------------|---------------------|------------------|------|-------------------------------|
| CONTRAENTE | CODICI TIPO CLIENTE | CONV.PR.PRODUTT. | ZONA | CODICE FISCALE DEL CONTRAENTE |
| AZIENDA USL N.7 | 87354 | | | 02261310920 |

| | | | |
|-----------------|--------|-------------|---------------|
| INDIRIZZO | C.A.P. | LOCALITÀ | PROV. RISCHIO |
| VIA DALMAZIA 83 | 09013 | CARBONIA CA | CA |

PREMI

| | | | | |
|--------------|-----------|------------------|--------|--------------------------|
| PREMIO NETTO | ACCESSORI | PREMIO TASSABILE | TASSE | TOTALE PREMIO PRIMA RATA |
| 4.241,78 | 636,27 | 4.878,05 | 121,95 | 5.000,00 * |

| | | | | | |
|--------------|-----------|------------------|--------|-------------------------------|--------------|
| PREMIO NETTO | ACCESSORI | PREMIO TASSABILE | TASSE | TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE | COMBINAZIONE |
| 4.241,77 | 636,27 | 4.878,04 | 121,95 | 4.999,99 | |

| | | | |
|--------------------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| POLIZZA SOSTITUITA (AG./RAMO/NUMERO) | POLIZZA SOSTITUITA (AG./RAMO/NUMERO) | RISCHIO COMUNE (AG./RAMO/NUMERO) | RISCHIO COMUNE (AG./RAMO/NUMERO) |
| | | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|
| COASSICURAZIONE DELEGA UGF ASS. DIVISIONE UNIPOL | QUOTA UGF ASS. DIV. UNIPOL % QUOTA DELLE COASSICURATRICI | CODICE | QUOTA % | CODICE | QUOTA % | CODICE | QUOTA % | CODICE | QUOTA % | CODICE | QUOTA % |
| | 50 | 393 | 50 | | | | | | | | |

| | | | |
|-------------|-------------|------------|-----------|
| DELEGATARIA | CONVENZIONE | COD. CONV. | COD. PAG. |
| | | | 921 |

| | |
|---------------|---|
| DELEGA ALTRUI | CONDIZIONI AGGIUNTIVE E/O PARTICOLARI VALIDE PER SPECIFICO RICHIAMO |
| | 80 |

LA PRESENTE POLIZZA DENOMINATA "PARTE B", È INTEGRATA:
- DAL LIBRETTO 1031 DENOMINATO "PARTE A" EDIZIONE 01/09/2007, E DAGLI ALLEGATI CONTENENTI L'INDICAZIONE DELLE PERSONE, RISPETTIVE PROFESSIONI E SOMME ASSICURATE.

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)

GRUPPO 1

| NUMERO PERSONE | N° | TASSO % (1) | RETRIBUZIONI (1) | PREMIO ANNUO |
|---|----|-------------|------------------------------|--------------|
| | | TASSO % | SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE | |
| | 1 | 3,872 | 516.456,90 | 2.000,00 |
| INFORTUNI: MORTE | | | | |
| INVALIDITÀ PERMANENTE | | 3,872 | 516.456,90 | 2.000,00 |
| INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO) | | 56,648 | 15,50 | 878,04 |
| RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO) | | | | |
| RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO) | | | | |
| MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO) | | | | |

GRUPPO 2

| NUMERO PERSONE | N° | TASSO % (1) | RETRIBUZIONI (1) | PREMIO ANNUO |
|---|----|-------------|------------------------------|--------------|
| | | TASSO % | SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE | |
| | | | | |
| INFORTUNI: MORTE | | | | |
| INVALIDITÀ PERMANENTE | | | | |
| INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO) | | | | |
| RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO) | | | | |
| RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO) | | | | |
| MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO) | | | | |

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE 4.878,04

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI
(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALLE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

NOTE:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (art. 13 D. Lgs. 47/2000) euro 3.792,50.

Il Contraente dichiara di aver ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, la Nota Informativa di cui all'art. 185 del D.Lgs. n. 209/05 (Codice delle Assicurazioni Private).

Il Commissario
CONTRAENTE
Dr. Maurizio Calamida

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali) anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, e di impegnarsi a consegnarne loro una copia, e acconsente al trattamento dei dati personali nei limiti delle finalità indicate nell'informativa.

Il Commissario
CONTRAENTE
Dr. Maurizio Calamida

IL PRESENTE CONTRATTO È INOLTRE REGOLATO

- I dalle Definizioni;
- II dalle Norme Contrattuali Comuni;
- III dalle Condizioni Generali di Assicurazione (C.G.A.);
- IV dalle Condizioni Particolari se espressamente richiamate;

che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare e che sono integralmente trascritte nel libretto denominato "PARTE A", che è parte integrante del presente contratto.

Il Contraente si impegna ad informare l'Assicurato, se diverso dalla sua persona, degli obblighi a carico di quest'ultimo.

UGF Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE

Alessandro Iorster
Il premio di primarata è stato pagato il _____
L'INCARICATO _____

Il Commissario
CONTRAENTE
Dr. Maurizio Calamida

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 Codice Civile, il sottoscritto dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente le disposizioni dei sottoelencati articoli il cui testo è inserito nel libretto facente parte integrante del presente contratto di assicurazione e denominato "PARTE A".

- Art. 1.3 - Dichiarazioni del Contraente
- Art. 1.6 - Altre assicurazioni (in caso di sinistro)
- Art. 1.7 - Tacita proroga della polizza
- Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 2.8 - Limiti di età (75 anni)
- Art. 2.9 - Persone non assicurabili

- Art. 2.15 - Controversie
- Art. 2.29 - Indennità di ricovero a seguito di malattia (decorrenza dell'assicurazione)
- Cond. Part. 80 - Regolazione premio, se operante

Il Commissario
CONTRAENTE
Dr. Maurizio Calamida



UGF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione: Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349 - www.ugfassicurazioni.it Capitale sociale Euro 150.000.000,00
Registro delle Imprese di Bologna. Codice Fiscale e Partita Iva 02705901201 R.E.A. 406992 - Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.
Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Prov. Isvap n. 2542 del 3 agosto 2007 (G.U. 25 agosto 2007 n. 195) Iscrizione Albo Imprese Assicuratrici I 00159 - Sede operativa: 40128 Bologna,
Via Stalingrado, 45 - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349 - Casella postale AD 1705; 20097 San Donato Milanese (MI). Via dell'Unione Europea 3/b Tel. 02 51835181 - Telefax 02 51815252





Allegato a polizza
INFORTUNI CUMULATIVA
Parte B



| | | | |
|----------------|------------------|-------------------|-----|
| NUMERO POLIZZA | 2095/77/51633177 | | |
| AGENZIA | IGLESIAS | CODICE SUBAGENZIA | 100 |

Contraente/Assicurato
 AZIENDA USL N. 7

Partita IVA
 02261310920

INTEGRAZIONI E/O MODIFICHE AI CONTENUTI DI POLIZZA

Art. 1 - Oggetto della polizza

La presente polizza interessa la copertura assicurativa obbligatoria di cui all'art. 22 del DPR 24 agosto 1971, n. 1256 riferita all'attività dei Centri Trasfusionali della ASL, svolta all'interno dei locali aziendali o nelle unità mobili (autoemoteche) o in altri siti, anche esterni agli immobili della ASL purchè formalmente individuati dalla ASL quale punti di raccolta, anche occasionali.

Art. 2— Forma del contratto

Si intendono operanti solo le norme dattiloscritte.

Si pattuisce che le polizze "tipo" in uso alle Compagnie Assicuratrici sono sostituite, a tutti gli effetti di legge, dal presente Capitolato/Polizza che, pertanto, costituisce unico documento valido ai fini contrattuali. Eventuali condizioni a stampa, riportate nei modulari delle Imprese di assicurazione, difformi dal presente Capitolato, si ritengono come non apposte e quindi non valide, anche se non appositamente depennate.

Art. 3 - Durata del contratto

L'assicurazione ha durata di anni uno a decorrere dalle ore 24.00 del 31 dicembre 2009 e fino alle ore 24.00 del 31 dicembre 2011.

Il contratto si intende risolto alla sua naturale scadenza, senza la necessità di preventiva disdetta o di qualsiasi ulteriore comunicazione.

Art. 4 - Determinazione e pagamento del premio

Il premio di polizza è calcolato in base al numero di operazioni di prelievo (donazioni) effettuate, nell'arco del periodo assicurativo annuo (o della eventuale minore durata del contratto), direttamente dall'A.S.L., con propri mezzi e personale, o per il tramite di soggetti convenzionati.

Il premio stabilito in offerta, che si intende come premio minimo acquisito, viene calcolato su un numero di donazioni indicato presuntivamente in 5.000 (cinquemila) e si intende liquidato a titolo di anticipazione.

Art. 5 - Regolazione del premio

L'A.S.L. si impegna a comunicare, entro e non oltre 60 giorni dal termine del periodo assicurativo annuo (o della diversa durata stabilita per il contratto), il numero complessivo delle operazioni di prelievo (donazioni) realmente eseguite del periodo medesimo, anche attraverso soggetti terzi formalmente convenzionati.

Nei caso in cui il numero delle donazioni realmente eseguite dovesse risultare superiore alle 6.000 preventivate, si procederà all'adeguamento del premio. In particolare l'impresa provvederà al calcolo del premio di conguaglio sulla base della seguente operazione: $A - B = Y$, dove Y è il premio di conguaglio, B è il premio offerto in gara (sulla base delle 5.000 operazioni di prelievo presunte) e già liquidato/pagato a titolo di anticipazione ed A è il premio complessivo dovuto, ottenuto moltiplicando le donazioni effettivamente eseguite per il costo a prestazione (che è pari al premio di offerta/5.000).

Le differenze attive risultanti dalla regolazione devono essere pagate entro 30 gg dalla ricezione di apposito atto di regolazione.

Art. 6 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

In deroga all'art. 1913 c.c., in caso di sinistro l'Assicurato Contraente deve darne avviso scritto all'impresa di assicurazione o alla Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro 30 giorni lavorativi da quando ne ha avuto conoscenza.



Allegato a polizza
INFORTUNI CUMULATIVA



Parte B

NUMERO POLIZZA 2095/77/51633177
AGENZIA IGLESIAS

CODICE SUBAGENZIA

100

Se l'Assicurato Contraente omette o ritarda immotivatamente la presentazione della denuncia del sinistro, l'impresa ha diritto di ridurre il pagamento del danno in ragione del pregiudizio sofferto (artt. 1914 e 1915 codice civile).

Art. 7 - Verifiche e controlli

Il contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le generalità dei singoli donatori, intendendosi far riferimento, per la loro identificazione, agli appositi registri in cui vengono segnati i nominativi degli ammessi alla pratica delle trasfusioni ed alle altre registrazioni effettuate dal contraente per quanto si riferisce alle prestazioni.

Art. 8 - Obbligo di fornire i dati sulla gestione dei sinistri

L'impresa di assicurazione, alla scadenza annua del contratto (o delle eventuali proroghe), si impegna a fornire all'Assicurato il dettaglio dei sinistri così suddiviso:

- sinistri denunciati
- sinistri riservati (con l'indicazione dell'importo a riserva)
- sinistri liquidati (con l'indicazione dell'importo liquidato)
- sinistri pagati (con l'indicazione dell'importo pagato)
- sinistri respinti (mettendo a disposizione le motivazioni scritte).

Gli obblighi precedentemente descritti non impediscono al Contraente di chiedere un riepilogo dei sinistri con scadenze e/o modalità diverse da quelle sopra indicate. In merito si comunica che nel corso del 2009 non risulta denunciato alcun sinistro.

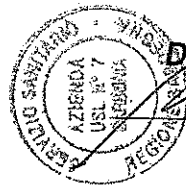
Art. 10 - Limitazioni di garanzia

Ciascun donatore si intende assicurato per:

- > caso di morte € 516.456,90
- > caso di invalidità permanente € 516.456,90
- inabilità temporanea € 15,50 giornaliera

UGF Assicurazioni S.p.A.
(un procuratore)

Il Contraente
Il Commissario
Dr. Maurizio Calamida



1 003 00000 00078730837

Emissione polizza

N. Polizza 2095/77/51633177

Agenzia IGLESIAS

Cod. Sub. 100

Pag. 1 di 1

ALLEGATO per la COASSICURAZIONE

Contraente Codice Fiscale
 AZIENDA USL N.7 02261310920

Compagnie e relative quote

| N.ord. Compagnia | | Agenzia | Quota% |
|------------------|--------------------------------|---------|--------|
| 1 | UGF Ass.Div.UNIPOL-delegataria | 2095 | 50 |
| 2 | UGF Ass.Div.UNIPOL-AG.CARBONIA | 1926 | 50 |

Riparto premio rata dal 31/12/2009 al 31/12/2010

| N.ord. | Premio netto | Accessori | Tasse | Totale |
|---------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|
| 1 | 2.120,89 | 318,14 | 60,98 | 2.500,01 |
| 2 | 2.120,89 | 318,13 | 60,97 | 2.499,99 |
| Totale | 4.241,78 | 636,27 | 121,95 | 5.000,00 |

Riparto premio rate successive

| N.ord. | Premio netto | Accessori | Tasse | Totale |
|---------------|-----------------|---------------|---------------|-----------------|
| 1 | 2.120,90 | 318,14 | 60,98 | 2.500,02 |
| 2 | 2.120,87 | 318,13 | 60,97 | 2.499,97 |
| Totale | 4.241,77 | 636,27 | 121,95 | 4.999,99 |

Il Contraente/Assicurato

Il Commissario
Dr. Maurizio CalamidaUGF Assicurazioni SpA
(un procuratore)

Le Coassicuratrici:

NUMERO POLIZZA

2095/77/51633177

Gentile Contraente,

ai sensi della vigente normativa, l'intermediario assicurativo ha l'obbligo di consegnare al Contraente il presente documento che contiene notizie sull'intermediario stesso, su potenziali situazioni di conflitto di interessi e sugli strumenti di tutela del Contraente. L'inosservanza dell'obbligo di consegna è punita con sanzioni amministrative pecuniarie e disciplinari.

La preghiamo di leggerla con attenzione e di restituircene una copia da Lei sottoscritta per presa visione.

INFORMAZIONI DA RENDERE AL CONTRAENTE, PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA O, QUALORA NON PREVISTA, DEL CONTRATTO, NONCHE' IN CASO DI MODIFICHE DI RILIEVO DEL CONTRATTO O DI RINNOVO CHE COMPORTI TALI MODIFICHE

PARTE I - Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il contraente

| Dati dell'intermediario per cui viene svolta l'attività | | |
|---|-----------------------------------|--------------------|
| Agenzia di | IGLESIAS | |
| Ragione Sociale | JALES ASS.NI DI ZURRU G.P. S.N.C. | |
| Iscrizione nel registro | Sezione | A - società agente |
| | N. Iscrizione | A000109243 |
| | Data di Iscrizione | 22/04/2007 |
| Indirizzo sede legale | VIA CARRARA SN IGLESIAS CA 09016 | |
| Indirizzo sedi operative | VIA CARRARA SN IGLESIAS CA 09016 | |
| Telefono | 078123856 | |
| Indirizzo e-mail | Iglesias@agenzia.unipol.it | |
| Sito web | | |
| denominazione sociale dell'impresa di cui sono offerti i prodotti | UGF Assicurazioni S.p.A. | |

| Dati dell'intermediario che entra in contatto col contraente | | |
|--|---|------------|
| Qualifica | Responsabile dell'attività di intermediazione | |
| Cognome e Nome | PISTINCU ALESSANDRA | |
| Iscrizione nel registro | Sezione | A |
| | N. Iscrizione | A000108073 |
| | Data di Iscrizione | 27/04/2007 |

ISVAP – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, via del Quirinale 21 Roma - è l'Autorità competente alla vigilanza dell'attività svolta.
Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere verificati consultando il Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'ISVAP (www.isvap.it).

COPIA PER IL CLIENTE

| | |
|----------------|------------------|
| NUMERO POLIZZA | 2095/77/51633177 |
|----------------|------------------|

PARTE II - Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto d'interessi

- a) L'intermediario non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o ai diritti di voto delle imprese di assicurazione rappresentate;
- b) le imprese di assicurazione rappresentate non detengono una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto della società di intermediazione per la quale l'intermediario opera;
- c) con riguardo al contratto proposto:

1. l'intermediario è tenuto a proporre esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione. Elenco delle imprese di assicurazione rappresentate:

| | |
|---------------------------------|--|
| <i>UGF Assicurazioni S.p.A.</i> | |
| | |

PARTE III - Informazioni sugli strumenti di tutela del contraente

- a) I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti dalle imprese, se regolati per il tramite dell'intermediario, costituiscono patrimonio autonomo e separato dal patrimonio dell'intermediario stesso;

- b) l'attività di intermediazione è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge;

- c) il contraente, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziarla, può esporre un reclamo, alternativamente:

| | |
|---|---|
| scrivendo a: | UGF Assicurazioni S.p.A. - informazioni e Reclami - Via della Unione Europea 3/B 20097 San Donato Milanese (MI) |
| inviando un fax: | al numero 02 51815353 |
| inviando un e-mail all'indirizzo di posta: | reclami@ugfassicurazioni.it |
| compilando il modulo online sul sito: | www.ugfassicurazioni.it |
| telefonando (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12.30; venerdì dalle ore 9.00 alle ore 12.30): | al numero 02 55604027 |

Nel caso in cui non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o nel caso non abbia ricevuto riscontro entro il termine massimo di quarantacinque giorni, può rivolgersi all'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo, allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa, scrivendo a:

I.S.V.A.P.
 Servizio Tutela degli Utenti
 Via del Quirinale, 21
 00187 Roma - ITALIA

| |
|-----------------------|
| NUMERO POLIZZA |
| 2095/77/51633177 |

Contraente

| Nominativo / Ragione sociale | Codice fiscale o P.IVA o Data e Luogo di Nascita |
|-------------------------------------|---|
| AZIENDA USL N.7 | 02261310920 |

Dichiaro di ricevere il presente documento a titolo di nota informativa ai sensi dell'art. 49 comma 2 e 3 del Regolamento ISVAP 5/2006.

Data _____

L'Intermediario _____



Il Commissario
Dr. Maurizio Galimida



UGF Assicurazioni S.p.A. Sede Legale e Direzione: Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349 - www.ugfassicurazioni.it - Capitale sociale Euro 150.300.000,00
Registro delle Imprese di Bologna. Codice Fiscale e Partita Iva 02705901201 R.E.A. 460992 - Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.
Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Prov. Istrap n. 2542 del 3 agosto 2007 (G.U. 23 agosto 2007 n. 195) Iscrizione Albo Imprese Assicuratrici 1.00159 - Sede operativa: 40128 Bologna.
Via Stalingrado, 45 - Tel. 051 5077111 - Telefax 051 375349 - Casella postale AD 1705/20097 San Donato Milanese (MI). Via dell'Unione Europea 3/b Tel. 02 51815181 - Telefax 02 51815252.

