



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl 7 Carbonia

Deliberazione n. 2064/C

- 15 LUG 2015

Adottata dal Commissario Straordinario in data _____

OGGETTO: Liquidazione premio semestrale per proroga polizza Infortuni Conducenti – Unipol Assicurazioni – Periodo 30/6/2015 – 31/12/2015 -

Su proposta del Servizio Affari Generali

RICHIAMATA la deliberazione del Direttore Generale n. 958 del 28 giugno 2012 con la quale questa Azienda ha provveduto alla aggiudicazione alla Compagnia Unipol Assicurazioni – Agenzia di Iglesias - della copertura assicurativa per Infortuni Conducenti per il triennio 1/7/2012-30/6/2015 per un importo totale di € 19.776,00, imposte e tasse comprese;

ATTESO che con deliberazione n. 883/C del 23/6/2015 l'Azienda ha prorogato per un periodo di sei mesi la validità della polizza n. 2095/77/60118384 per la quale la Compagnia Unipol Assicurazioni ha emesso la quietanza per l'importo di € 3.296,00 allegata e parte integrante del presente atto;

RITENUTO pertanto di dover provvedere alla liquidazione dell'importo di € 3.296,00 imposte e tasse comprese, in favore della Compagnia UNIPOL Assicurazioni, sul codice IBAN IT50U0312743910000000030355 presso UNIPOL Banca;

PRESO ATTO dell'istruttoria svolta dal Servizio Affari Generali

SENTITI il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO



DELIBERA

- 1) Di liquidare l'importo di €3.296,00 a titolo di premio per la proroga della polizza per Infortuni conducenti in favore della Compagnia UNIPOL Assicurazioni – Agenzia di Iglesias, a copertura del periodo dal 30/06/2015 al 31/12/2015;
- 2) Di demandare al Servizio Bilancio il pagamento dell'importo predetto tramite bonifico bancario da effettuarsi su conto corrente presso UNIPOL Banca, sul codice IBAN IT50U0312743910000000030355;
- 3) Di dare atto che l'intero importo del premio semestrale di € 3.296,00 è stato movimentato con la deliberazione n. 833/C del 23/06/2015.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dr. Antonio Onnis

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dr.ssa Maria Fanni Pittau

IL DIRETTORE SANITARIO

Dr. Silvio Maggetti



Resp. Serv. Affari Generali

Dr.ssa Maria Teresa Garau

Pos. Org.va Aff. Generali

Dr.ssa Eliana Locci



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Asl n° 7 Carbonia

Il Responsabile del Servizio Affari Generali,

Attesta che la deliberazione
n. 1064/C del 15 LUG 2015
è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n. 7
a partire dal 16 LUG 2015

Resterà a disposizione per la consultazione nella sezione
Archivio Deliberazioni del sito www.aslcarbonia.it



Servizio Affari Generali

Unipol

ASSICURAZIONI

JALES ASSICURAZIONI SNC

Via Vittorio Lamieri, 8 * 09016 IGLESIAS

Tel. 078123856 fax 078133741

P.IVA 02627630920 e.mail iglesias@agenzie.unipolassicurazioni.it

Tracciabilità dei flussi finanziari - L. 136/2010 Comunicazione e Impegno dell'Agenzia di Assicurazione

Oggetto: Contraente di polizza/Stazione Appaltante: AZIENDA USL 7
Assicuratore/Appaltatore: UNIPOLSAI Assicurazioni spa

Polizza n.ro 2095 77 60118382 € 2.363,00 *Suipine*
Polizza n.ro 2095 77 60118384 € 3.296,00 *per assicurazione*
Polizza n.ro 2095 130 71946 € 9.926,62 *autonome*
Importo da liquidare € 15.585,62

Nell'ambito della polizza i cui estremi identificativi (numero di polizza) sono riportati in oggetto, avente come Contraente/Stazione Appaltante (in breve "Ente") e come Impresa Assicuratrice (in breve "Assicuratore") i soggetti sopra individuati, l'Agenzia di Assicurazione Unipol Assicurazioni Agenzia Iglesias (in breve "Agenzia"), qui rappresentata dal sottoscritto Legale Rappresentante Sig. Pistincu Alessandra, in qualità di intermediario e incaricato dall'Assicuratore dell'esecuzione di alcune attività di gestione operativa del contratto tra cui la raccolta dei premi, assume tutti gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari di cui all'articolo 3 della legge 13 agosto 2010, n. 136 e successive modifiche.

L'Agenzia si impegna a dare immediata comunicazione all'Ente della notizia dell'inadempimento della propria controparte agli obblighi di tracciabilità finanziaria.

L'Agenzia si impegna ad inviare copia del presente contratto all'Ente.

L'Agenzia comunica di seguito gli estremi del conto corrente dedicato alle commesse pubbliche:

Istituto Bancario: UNIPOL BANCA

IBAN (composto da 27 caratteri): **IBAN IT50U0312743910000000030355**

ABI: 3127 CAB: 43910 C/C 0000000000030355 CIN : U

Sono abilitati ad eseguire movimentazioni sul predetto conto i sotto elencati soggetti:

nome ALESSANDRA cognome PISTINCU codice fiscale PSTLSN75H48E281U
nome GIANNA PAOLA cognome ZURRU codice fiscale ZRRGNP55C43A359A

IGLESIAS li 26/06/2015

il Legale Rappresentante

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 507711 - fax +39 051 375349
Capitale sociale I.v. Euro 259.056.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P. IVA 02705901201 - R.E.A. 460992
Società unipersonale soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.
Iscrizione Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I n. 1.00159.
Sedi Operative: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - tel. +39 051 507711 - fax +39 051 375349 - Casella Postale AD 1705
via dell'Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (Mi) (Italia) - tel. +39 02 51815181 - fax +39 02 51815252

www.unipolassicurazioni.it

Unipol
GRUPPO



ASL 7
PG/2015/0016257 del 06/07/2015 ore 09,05
Mittente: UNIPOL

Assegnatario: Alfian General - Locci Eliana
Classifica: 1 a 10 Fascicolo: 1 del 2015



1031

Atto di variazione INFORTUNI

Con il presente atto di variazione le Parti convengono che il contratto è prestatO per le garanzie e con i limiti di seguito precisati.

1 004 00001 00085222884

AGENZIA SILIQUA										NUMERO ARCHIVIO 00085222884			
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)		
1/2095	200	77	60118384/1		1031	10	2012	1	0	0			
EFFETTO VARIAZIONE		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO			
30/06/2015		31/12/2015		31/12/2015		1 ANNUALE		16/06/2015					
CONVENZIONE				COD.CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG.			
							87354			921			
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA			
AZIENDA USL N.7 - VIA DALMAZIA, 83 - 09013 CARBONIA CI										02261310920			
PREMI													
PREMIO NETTO		ACCESSORI		PREMIO TASSABILE		TASSE		TOTALE PREMIO PRIMA RATA		PROV.RISCHIO			
2.796,18		419,43		3.215,61		80,39		* 3.296,00		CI			
PREMIO NETTO		ACCESSORI		PREMIO TASSABILE		TASSE		TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE		COMBINAZIONE			
5.592,37		838,86		6.431,23		160,78		6.592,01					
CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SPECIFICO RICHIAMO													
80													
COASSICURAZIONE		QUOTA UnipolSai Assicurazioni		CODICE	QUOTA %	CODICE	QUOTA %	CODICE	QUOTA %	CODICE	QUOTA %	CODICE	QUOTA %
DELEGA UnipolSai Assicurazioni		50		392	50								
UnipolSai Assicurazioni		QUOTA DELLE COASSICURATRICI											
divisione Unipol													
DELEGATARIA				COD.DELEG.				NUMERO POLIZZA DELEGATARIA					
DELEGA ALTRUI													

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

GRUPPO 1

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE	1			
		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
		3,87	774.685,35	3.000,00
		FRANCHIGIA % (2)		
INVALIDITÀ PERMANENTE		4,42	774.685,35	3.431,22
		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)				
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
		FRANCHIGIA GG.		
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

GRUPPO 2

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE				
		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
		FRANCHIGIA % (2)		
INVALIDITÀ PERMANENTE				
		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)				
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
		FRANCHIGIA GG.		
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

6.431,22

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

NOTE:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro 3.032,23.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE



IL CONTRAENTE

[Handwritten signature]

Emessa il 16/06/2015

Il premio della rata alla firma è stato pagato il 26/6/2015

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.
Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza annuale

Riservato all'agenzia

Registrato il

26/6/2015

L'Agente o l'Incaricato

[Handwritten signature]

Conforme agli allegati 7A e 7B Regolamento ISVAP 5/2006

NUMERO POLIZZA
1/2095/77/60118384

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

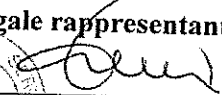
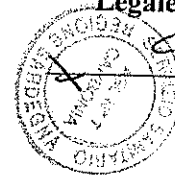
Dichiaro di ricevere il presente documento a titolo di nota informativa ai sensi dell'art. 49 comma 2 e 3 del Regolamento ISVAP 5/2006.

Data 16/06/2015

L'Intermediario



Legale rappresentante


_____

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale i.v. Euro 1.996.129.451,62 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

1031

Allegato all'Atto di variazione
INFORTUNI CUMULATIVA

1 004 00001 00085222884

NUMERO POLIZZA
AGENZIA

1/2095/77/60118384/1
SILIQUA

SUBAGENZIA

200

ALLEGATO PER LA COASSICURAZIONE

Contraente/Assicurato AZIENDA USL N.7
Domicilio VIA DALMAZIA, 83 - 09013 CARBONIA - CI
Codice Fiscale 02261310920

CLAUSOLA DI DELEGA

L'assicurazione e' ripartita per quote fra le Imprese in appresso indicate. Ciascuna di esse e' tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilita' solidale.
Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione s'intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.
Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facolta' necessaria, ivi compresa quella di incaricare in nome e per conto delle Coassicuratrici esperti (periti, medici, consulenti, etc.).
La Delegataria e' anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente e/o Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze. Scaduto il termine contrattuale di pagamento del premio, la Delegataria potra' sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto. Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

N. ordine	Compagnia	Agenzia	Quota %
01	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	2095	
02	COASS FRA AGENZIE	1926	50,000
			50,000

DETERMINAZIONE DEL PREMIO TASSABILE DAL 30/06/2015 AL 31/12/2015

N. ordine	Premio pro-rata		Rimborso		Tassabile di rata
	Premio netto	Accessori	Netto	Accessori	
01	1.398,09	209,72			
02	1.398,09	209,71			1.607,81
Totale	2.796,18	419,43			1.607,80
					3.215,61

RIPARTO PREMIO RATA DAL 30/06/2015 AL 31/12/2015

N. ordine	Premio netto e oneri frazionamento	Accessori	Imposte	Totale
01	1.398,09	209,72		
02	1.398,09	209,71	40,20	1.648,01
Totale	2.796,18	419,43	80,39	1.647,99
				3.296,00

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE

IL CONTRAENTE

Le Coassicuratrici:

