

**Ai Rappresentanti RSU ed iscritti
A tutti i colleghi**

**Polizza Assicurativa Rischi Professionali
a condizioni speciali**

Ricordiamo l'UGL FEDEP ha stipulato una Polizza Assicurativa Rischi Professionali con "ARISCOM ASSICURAZIONI SPA", riservata agli iscritti UGL FEDEP, a condizioni particolarmente vantaggiose. L'Assicurazione è prevista per tutte le categorie.

I colleghi che intendono aderire all'iniziativa per il 2010 dovranno:

- 1) compilare l'allegato modulo di pre-adesione alla stipula della polizza di Responsabilità Civile Professionale;**
- 2) Per i nuovi iscritti inviare copia della delega UGL FEDEP INPS;**
- 3) Effettuare bonifico bancario entro il 31 luglio 2010 a: Walter de Georgio Insurance Broker Codice IBAN IT61X0563001600000011483039**

I DOCUMENTI DOVRANNO ESSERE INVIATI AI FAX UGL FEDEP INPS 06/59054988 e 06 54873968.

Successivamente i colleghi interessati, che hanno inviato la pre-adesione ed effettuato il bonifico, verranno contattati per i conseguenti adempimenti.

**Allegati: a) Condizioni polizza e Modulo di pre-adesione
b) Delega iscrizione UGL FEDEP INPS**

POLIZZA ASSICURATIVA RISCHI PROFESSIONALI
SINTESI CONDIZIONI CONVENZIONE

Assicurati	Dipendenti INPS	Note
Decorrenza contratto	31/7/2010	Pagamento premio Anticipato al 31/7/2010
Grazia RTC	SI	Compresi perdite patrimoniali, fatti dolosi e colposi di persone di cui l'assistito debba rispondere
Garanzia RC Amministrativa	SI	E' compresa la rivalsa dalla Pubblica Amministrazione
Interruzione/sospensione		
Attività di terzi	SI	
Incarichi e organi di altri Enti	NO	
Esclusioni particolari	Nessuna	
Altre estensioni garanzia	NO	
Regolazione Premio	Annuale Fino a 10 assicurati al mese/oltre semestrale	
Pagamento regolazione	60 giorni	
Massimali previsti	550.000 Euro	
Massimale di corresponsabilità	5.000.000	
Massimo esborso per anno	NO	
Scoperti e franchigie	RCT: su documenti in consegna e custodia € 150 RC Amm. € 500	
Retroattività	5 anni compreso nel Premio	
Ultrattività	5 anni compreso nel Premio	

Attività/Mansione	Premio annuo lordo	NOTE
1 - Premio Dirigenti	€ 230	
2 - Premio Medici	€ 230	
3 - Premio personale C4/C5	€ 140	Premi lordi, omnicomprensivi di tasse e accessori del premio
4 - Premio personale C3	€ 135	
5 - Premio fino a C2	€ 130	
6 - Premio Infermieri Profess.li	€ 130	

SCHEDA di PRE-ADESIONE o di RINNOVO

Cognome e Nome-----

Luogo e data di nascita-----

Domicilio/Residenza-----

Recapiti telefonici-----

Codice Fiscale-----

Qualifica Professionale-----

Garanzia Assicurativa scelta n. 1,2,3,4,5,6:-----

Data,

Firma



ENTI PUBBLICI

COORDINAMENTO NAZIONALE I N P S

V. Ciro il Grande, 21 00144 ROMA

tel.: 0659054193 fax: 0659054988 email: fedepugl@inps.it

All'I.N.P.S sede di _____

Via _____

Città _____

Codice contabile 587 (*)

La/il sottoscritto _____

_____ matricola _____

in servizio presso I.N.P.S.,(indicare sede e struttura)

Qualifica Funzionale _____

chiede che, ai sensi dell'art. 50, legge 18.03.1968, n. 249. e dell'art.17, legge 12.07.1970, n. 300, vengano effettuate trattenute sulle sue competenze mensili di **€. 7.00 x 13 mensilità per Area A, €. 7.50 per Area B, €. 8.00 per Area C; €. 15,00 per ruolo ad esaurimento e professionisti non dirigenti; €. 21,00 per dirigenti;** ovvero dell'importo che venisse successivamente deciso dagli organi centrali della Federazione, a titolo di quote associative da versare sul c.c.p. n. 63695001 intestato alla:

UGL – Unione Generale del Lavoro – Via Margutta 19 – ROMA o sul c/c bancario n. 000000712639 c/o BANCA DI ROMA AG. 2, Via Merulana 15 – Roma,

ABI 03002 CAB 05005

codice BBAN: Z0300205005000000712639

intestato alla Segreteria Generale UGL (causale del versamento UGL Enti Pubblici) con decorrenza _____

La presente ha validità permanente , salvo revoca inoltrata sia all'Ufficio competente che alla Federazione Nazionale UGL Enti Pubblici a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 10 della L.675/96, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari, nonché consento che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi derivanti sia dalla legge che dai contratti collettivi nazionali.

Data _____

Firma _____

(*) V. messaggio D.G. INPS n° 1409 del 13-07-2001



ENTI PUBBLICI

COORDINAMENTO NAZIONALE I N P S

V. Ciro il Grande, 21 00144 ROMA

tel.: 0659054193 fax: 0659054988 email: fedepugl@inps.it

Alla Segreteria Generale della U.G.L.

UNIONE GENERALE DEL LAVORO

Via Margutta 19 – 00187 ROMA

La/il sottoscritto _____

_____ matricola _____

in servizio presso I.N.P.S.,(indicare sede e struttura)

Qualifica Funzionale _____

domanda di associarsi alla Federazione Nazionale Sindacale UGL Enti Pubblici impegnandosi ad osservarne lo Statuto. Rende noto di aver chiesto all'Amministrazione da cui dipende di effettuare trattenute sulle sue competenze mensili x 13 mensilità di **€. 7.00 x 13 mensilità per Area A, €. 7.50 per Area B, €. 8.00 per Area C; €. 15,00 per ruolo ad esaurimento e professionisti non dirigenti; €. 21,00 per dirigenti;** ovvero dell'importo che venisse successivamente deciso dagli organi centrali della Federazione, a titolo di quote associative da versare sul c.c.p. n. 63695001 intestato alla:

UGL – Unione Generale del Lavoro – Via Margutta 19 – ROMA o sul c/c bancario n. 000000712639 c/o BANCA DI ROMA AG. 2, Via Merulana 15 – Roma,

ABI 03002 CAB 05005

codice BBAN: Z0300205005000000712639

intestato alla Segreteria Generale UGL (causale del versamento UGL Enti Pubblici) con decorrenza _____

La presente ha validità permanente, salvo revoca inoltrata sia all'Ufficio competente che alla Federazione Nazionale UGL Enti Pubblici a mezzo lettera raccomandata con ricevuta di ritorno.

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi dell'art. 10 della L.675/96, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari, nonché consento che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi derivanti sia dalla legge che dai contratti collettivi nazionali.

Data _____

Firma _____

Dati facoltativi, da inserire per comodità e rapidità di contatto:

indirizzo abitazione:

telefono: cell.

e-mail :