

Prot. 112/CA/2016

Allegato n° 1 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 2 fogli

Spett.le

ASL 5 Oristano

Via Carducci, 35

09170 - ORISTANO (OR)

PEC: provveditorato@pec.asloristano.it

Cagliari, 21/03/2016

Oggetto: Richiesta disponibilità alla prosecuzione del servizio assicurativo.

Lotto 3 - Kasko veicoli (Rif. Polizza 2015/136941) – Procedura aperta per l'affidamento dei servizi assicurativi relativi all'attività istituzionale dell'ASL di Oristano.

Con riferimento alla Vs. richiesta in data 15/03/2016, prot. PG/2016/16446/MGD, Vi comunichiamo la ns. disponibilità alla prosecuzione del servizio assicurativo in oggetto per un ulteriore periodo di sei mesi, alle condizioni in corso.

Siamo a Vs. disposizione per qualsiasi chiarimento in merito e con l'occasione porgiamo cordiali saluti.

Soc. REALE MUTUA DI ASSICURAZIONI
AGENTE PROCURATORE
LEBIU Rag. GIOBELLINO



Identità principale

Da: "ARCA Miranda Tiziana" <mirandatiziana.arca.890@agenzie.realemutua.it>
A: <maria.gavina.daga@asloristano.it>
Data invio: mercoledì 30 marzo 2016 11.51
Oggetto: I: RINNOVO PER SEI MESI - POL. KASCO VEICOLI n. 2016. 155328

*Miranda Tiziana Arca*

Soc. Reale Mutua Assicurazioni
 Ag. Cagliari Campidano 890
 Via Tirso , 136 -09170 Oristano
 TEL. 0783 212046 FAX 0783 212057/ 070 7962009
mirandatiziana.arca.890@agenzie.realemutua.it
cagliaricampidano@agenzie.realemutua.it

Da: ARCA Miranda Tiziana
Inviato: giovedì 24 marzo 2016 12:20
A: 'provveditorato@asloristano.it' <provveditorato@asloristano.it>
Oggetto: RINNOVO PER SEI MESI - POL. KASCO VEICOLI n. 2016. 155328

ALLA C.A. DELLA DR.SSA M.G. DAGA
 Rif. VS. DEL 16.03.2016 – PROT. PG/2016/16446/MGD
 Facciamo seguito alla ns. precedente comunicazione, via pec, per comunicarVi che abbiamo provveduto all'emissione della polizza in oggetto, con decorrenza dal 31.03.2016 e scadenza 30.09.2016, per un importo di Euro 38.265,50.
 L'importo potrà essere versato tramite bonifico, sul ns. c/c dedicato , al seguente iban: IT41 X034 3117 4000 0000 0080 480 – Banca Carige Italia – intest. Leblu Giobellino agente Soc. Reale Mutua Ass.ni agenzia di Cagliari Campidano.
 Cordiali saluti.

*Miranda Tiziana Arca*

Soc. Reale Mutua Assicurazioni
 Ag. Cagliari Campidano 890
 Via Tirso , 136 -09170 Oristano
 TEL. 0783 212046 FAX 0783 212057/ 070 7962009
mirandatiziana.arca.890@agenzie.realemutua.it
cagliaricampidano@agenzie.realemutua.it

Reale Mutua, la prima Compagnia di Assicurazione in Italia ad aver ottenuto la certificazione ambientale ISO 14001, Ti invita a non stampare questa e-mail se non è necessario

Ai sensi del Digs 196/2003 e successive modifiche/integrazioni si precisa che le informazioni contenute nel presente messaggio, e negli eventuali allegati, sono riservate e per uso esclusivo del destinatario. Pertanto è vietata la copia, la diffusione e la rivelazione anche parziale dei dati in esso contenuti alle persone non autorizzate dal medesimo. Chiunque lo ricevesse per errore è pregato di restituirlo al mittente e di distruggere il contenuto.

UNINSIEME Srl

Via Sardegna, 8 - 08015 MACOMER

Telefono e Fax 0785 70538

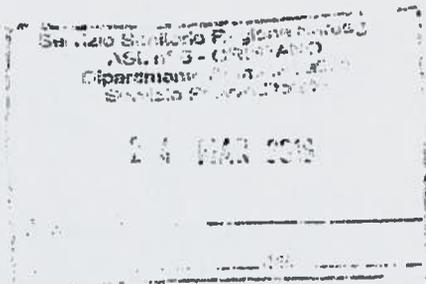
C.f.: 01337880911

E-mail: MacomerUN02444@agenzia.unipolsai.it

Allegato n° 2 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 1 fogli

Macomer, 23.03.2016

Spett.le
Azienda Asl n. 5
Servizio Provveditorato
09170 **ORISTANO**



Proroga tecnica polizza Libro matricola RCA - n. 2444/130/70837
Azienda ASL N. 5 - Oristano

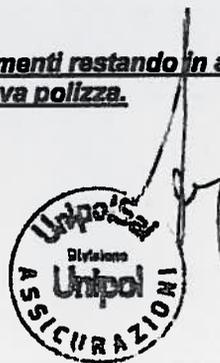
Gentile Cliente,

Riscontriamo la vostra richiesta del 15.03.2016 relativa alla polizza n.ro 2444/130/70837 per comunicarvi la nostra disponibilità al rinnovo del contratto dal 31.03.2016 sino al 30.09.2016, mediante una nuova polizza, che verrà rilasciata alle medesime condizioni tecnico/economiche di quella in corso, nel presupposto del rispetto delle modalità di scelta del fornitore previste dalle vigenti disposizioni (Leggi e Regolamenti) in materia di contratti delle Pubbliche Amministrazioni.

Vi comunichiamo che non è stata autorizzata la riduzione del 5% sul premio assicurativo mentre è stata autorizzata la proroga senza l'aumento per la temporaneità (15% sul premio annuale previsto per frazionamento temporaneo).

Pertanto il premio lordo per la proroga semestrale della polizza cumulativa in oggetto, per n. 83 veicoli, è pari ad € **21.197,83**

Rimaniamo a Vs. disposizione per eventuali chiarimenti restando in attesa di una Vs. conferma per l'eventuale emissione della nuova polizza.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Seco Legale via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel +39 051 507711 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale Lit. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna C.F. e P.IVA 00818570012 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziaria S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Rassicurazione Sez. I al n. 110006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

Esempio per il Contraente

 APPENDICE N. 00002

[Stampa illeggibile]

POLIZZA 331252045		AGENZIA ORISTANO		codice 258 00						
CONTRAENTE AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5		ANNULLA E SOSTITUISCE L'APPENDICE N. _____								
V. GIOSUE' CARDUCCI 35		COASSICURAZIONI (come da allegato)								
via, piazza, n. civico										
ORISTANO		09170								
località		c.a.p.								
SEMESTRALE Ratazione	DECORRENZA			EMISSIONE 1° QUISTANZA			SCADENZA CONTRATTO			
	dalle ore 24 del	31	03	2016	30	09	2016	30	09	2016
	CC	MM	AA	CC	MM	AA	CC	MM	AA	

A modifica di quanto risulta dai precedenti documenti contrattuali, il premio della suindicata polizza viene modificato come sottoindicato:

PREMIO							
IMPONIBILE ANNUO	%	AUMENTO PER FRAZIONAMENTO	TOTALE IMPONIBILE ANNUO	IMPONIBILE DI RATA	IMPOSTA	TOTALE	
48.444,86			48.444,86	24.222,43	605,57	24.828,00	
Importo premio prima rata (sino al <u>30/09/2016</u>)				24.222,43	605,57	24.828,00	

La presente appendice forma parte integrante della suindicata polizza.

,li _____

Generali Italia S.p.A.



Contraente/Assicurato

Il pagamento dell'importo di euro _____ è stato effettuato in mie mani addì _____ alle ore _____. L'ACQUISITORE _____



GENERALI

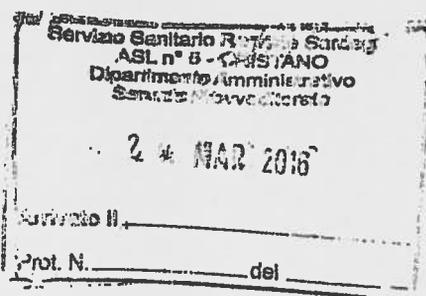
Agenzia Principale di Oristano

Agenti

Rag. Sebastiano Pes
Geom. Marino Puscaddu

Spett.le ASL 5 ORISTANO
Via Carducci, 35
09170 Oristano

Oristano **24.03.2016**
Riferimento: prot. PG/2016/16446/MD



Oggetto: Polizza Infortuni n°331252045 prosecuzione servizio assicurativo

In riferimento alla Vostra richiesta come da protocollo in riferimento, siamo a comunicarVi la nostra disponibilità alla prosecuzione del servizio assicurativo con polizza n° 331252045 cumulativa infortuni, per ulteriori sei mesi a decorrere dal 31.03.2016 sino al 30.09.2016.

In attesa di Vostro riscontro porgiamo

Cordiali Saluti.
Il Rappresentante Procuratore

Agenzia Principale di Oristano - Via Lombardia, 14 - 09170 Oristano (OR) - tel. 0783.212403 - fax 0783.218084 - Internet: www.agenzie.generali.it/oristano
E-mail: oristano@agenzie.generali.it - Partita IVA agenziale 00721550952

Generali Italia S.p.A. - Sede legale: Mogliano Veneto (TV), Via Marocchessa, 14, CAP 31021 - Tel. 041 5492111 - Fax 041 942909
www.generali.it - email: info@generali.it - pec: generalitalia@pec.generaligroup.com

C.F. e iscr. nel Registro Imprese di Treviso n. 00109920584 - Partita IVA 00885351007 - Capitale Sociale: Euro 1.618.628.450,00 i.v. Società iscritta all'Albo delle Imprese IVASS n. 1.00021, soggetta all'attività di direzione e coordinamento dell'Azienda unica Assicurazioni Generali S.p.A. ed appartenente al Gruppo Generali, iscritto al n. 026 dell'Albo dei gruppi assicurativi.



Dose Def 11/4/16

Esemplare per l'Agenzia

APPENDICE N. 00002

VALORI ESPRESSE IN Euro

POLIZZA 331252045		AGENZIA ORISTANO		codice 258 00	
CONTRAENTE AZIENDA SANITARIA LOCALE N. 5		ANNULLA E SOSTITUISCE L'APPENDICE N. _____			
V. GIOSUE' CARDUCCI 35 via, piazza, n. civico ORISTANO Località _____ c.a.p. 09170		COASSICURAZIONI (come da allegato) 0556 01 APR 2016 10:23			
SEMESTRALE Ratazione	DECORRENZA dalla ora 24 del GG MM AA		EMISSIONE 1° QUIETANZA GG MM AA		SCADENZA CONTRATTO GG MM AA
	31	03	2016	30	09 2016
	GG	MM	AA	GG	MM AA

A modifica di quanto risulta dai precedenti documenti contrattuali, il premio della suindicata polizza viene modificato come sottoindicato:

PREMIO							
IMPONIBILE ANNUO	%	AUMENTO PER FRAZIONAMENTO		TOTALE IMPONIBILE ANNUO	IMPONIBILE DI RATA	IMPOSTA	TOTALE
48.444,86				48.444,86	24.222,43	605,57	24.828,00
Importo premio prima rata (sino al 30/09/2016)					24.222,43	605,57	24.828,00

La presente appendice forma parte integrante della suindicata polizza.

ORISTANO , li 01.04.2016

Generali Italia S.p.A.

[Signature]

Contraente/Assicurato

[Signature]

Il pagamento dell'importo di euro 24.828,00 è stato effettuato in mie mani addi 01/04/2016 alle ore _____ . L'ACQUISITORE *[Signature]*

Servizio Sanitario Regione Sardegna
 ASL n° 5 - ORISTANO
 Dipartimento Amministrativo
 Servizio Provveditorato
 11 APR 2016
 Arrivato il _____
 Prot. N. _____

ASL N. 5 - ORISTANO
 Resp. Proc. PROVVEDICRATO
 PERVENUTO IL
 11 APR 2016
 Prot. 21769 del 08-04-16
 Alri _____

PER LA PERSONA E LA FAMIGLIA

TUTELA NELLA CIRCOLAZIONE E NEI VIAGGI

AGENZIA DI CAGLIARI CAMPIDANO

CODICE 890	NUMERO DI POLIZZA 2016/155328	SUBAGENZIA 050	TARGA
---------------	----------------------------------	-------------------	-------

CONTRAENTE, al quale viene conferita, la qualifica di Socio

C.F.

P.I. 00681110953

CONTRAENTE: AZIENDA USL.N.5

V. CARDUCCI 35 09170 - ORISTANO (OR)

DECORRENZA POLIZZA			SCADENZA POLIZZA			DURATA CONTRATTO			DATA PRIMA SCADENZA			RATEAZIONE	
g. 31	m. 03	a. 2016	g. 30	m. 09	a. 2016	a. 00	m. 06	g. 00	g. 30	m. 09	a. 2016	UNICO	

SOSTITUISCE LA POLIZZA				COASSICURAZIONE		NS. DELEGA	NS. QUOTA	COD. DEL.	N. POLIZZA DELEGATARIA
N. DI POLIZZA		g.	SCADENZA						
			m.	a.					

SVILUPPO DEL PREMIO DI RATA (comprensivo degli eventuali interessi di frazionamento)	Rata alla Firma	0,00	33.725,93	0,00	4.539,57	0,00	38.265,50
	Rata Successive	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	Sezione RC		Altre Sezioni	Diritti altre Sezioni	Imposta	Contr.Serv.San.Nez	Totale Euro

REQ.PREMIO	Si	VINCOLO	N. POLIZZA COLLEGATA:
	si/no	si/no	

CODICE DI AGGREGAZIONE:
 CODICE IDENTIFICATIVO GARA: 4801880cb8

La rata di premio si riferisce al periodo di assicurazione decorrente dalle ore 24,00 del 31/3/2016 alle ore 24 dei 30/09/2016

In caso di frazionamento del premio, le rate infrannuali scadranno al termine di validità di ogni certificato (salvo quanto disposto dall'art. 1901 c.c., 2° comma). Alla scadenza annuale le garanzie saranno operanti fino al 15° giorno successivo alla scadenza del contratto ed in ogni caso non oltre l'effetto della nuova polizza stipulata per lo stesso rischio (art. 170 bis d.lgs. 209/2005).

L'Agente Procuratore
Giuliano Mic...

POLIZZA ARD CUMULATIVA - POLIZZA ARD "KILOMETRICA"

L'Assicurazione è prestata in base alle condizioni riportate sul Fascicolo Informativo Modd. RCA 5251 - 08/2015 RCA 5252 - 08/2015 RCA 5253 - 08/2015 e con normativa come da capitolato. Il Contraente sceglie di rendere operanti le sezioni di polizza e le garanzie di sezione indicate di seguito :

SEZIONE DANNI(punto 3.1)

- Furto Totale e Parziale- senza scoperto
- Incendio e complementari
- Atti vandalici e dolosi- Senza franchigia né scoperto
- Guasti Integrale I Risc. Ass.euro
- Calamità naturali- senza franchigia
- Cristalli Massimali 0
- Garanzie Accessorie -formula "UNO" + formula "DUE" 0,00

SEZIONE ASSISTENZA IN VIAGGIO(Punto 6.1)

	euro	Premio prima rata		Premio rate successive	
		Totale	di cui imposta di cui Contr. S.S.N. (per Sez. RC)	Totale	di cui imposta di cui Contr. S.S.N. (per Sez. RC)
Sezione Assistenza in viaggio	euro	421,77	38,34	0,00	0,00
Sezione Danni	euro	37.843,73	4.501,23	0,00	0,00

I mezzi di pagamento del premio previsti sono: denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa in vigore), assegni bancari e circolari, bonifici bancari, bollettini postali, bancomat (solo presso gli intermediari dotati di POS).

Avvertenza: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal contraente per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

La informiamo che su www.realemutoa.it è disponibile un' Area Riservata che le permetterà di consultare la Sua posizione assicurativa (come previsto dal Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013) e di usufruire di altre comode funzionalità. L'accesso è consentito gratuitamente seguendo le semplici istruzioni di registrazione presenti sul sito.



UNINSIEME Srl

Via Sardegna, 8 - 08015 MACOMER

Telefono e Fax 0785 70538

C.f.: 01357880911

E-mail: Macomer@agenzie.unipolassicurazioni.it

Allegato n° 6 alla determinazione
Serv. Provveditorato N° _____ del _____
Composto di n° 2 fogli

Macomer, 01.04.2016

Cort.Att. Dr.ssa M.G.Daga

Spett.le
AZIENDA ASL N. 5
Servizio Provveditorato
Via Carducci 35
09170 **ORISTANO**

Trasmissione Polizza Cumulativa – Azienda ASL N. 5 - Oristano

Come da Vs. richiesta prot. 19538 del 31.03.2016, trasmettiamo in allegato la polizza relativa alla garanzia in oggetto così di seguito specificata:

- pol. 2444/130/77067 - Libro Matricola RCA Euro 21.197,83

L'importo complessivo pari ad € **21.197,83** potrà essere regolato, come di consuetudine, con accredito sul ns. c/c: **IBAN: IT44V031271730000000001192**

c/o UNIPOL Banca – Filiale 95 di Nuoro

Intestazione:

UNINSIEME S.R.L. – Via Biasi 8 – 08100 Nuoro

Chiediamo che le copie di ns. spettanza vengano rispedite a stretto giro di posta debitamente firmate e timbrate.

Con l'occasione porgiamo distinti saluti.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingraco, 45 - 40126 Bologna (Italia) - tel. +39 051 507711 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro del e Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - 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. 100006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046


POLIZZA CUMULATIVA VEICOLI A MOTORE/NATANTI
DOCUMENTO BASE - POLIZZA

Agenzia emittente MACOMER			nr. Archivio 112670283		
Cod. Ag. 1/2444	Cod. Subag. 400	Ramo 130	nr. Polizza 77087	Prodotto 9060	nr. Appendice

Data Emiss. 01/04/2016	Effetto Pol. 31/03/2016	Scad. Pol. 30/09/2016	Frazionamento 0	Interessi di frazionamento % TEMPORANEO	Tacito rinnovo	Rescindibilità
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	---------------------------	---	----------------	----------------

Contraente AZIENDA ASL N. 5 ORISTANO	Codice Fiscale 00681110953
--	--------------------------------------

Indirizzo VIA CARDUCCI N.35	Cap 09170	Località ORISTANO	Provincia OR
---------------------------------------	---------------------	-----------------------------	------------------------

Garanzia	N. Veic/Nat	Premio annuo
R.C.A.	83	14.891,48
Incendio	55	1.883,60
Furto	55	3.867,90
Eventi atmosferici	55	2.928,48
Eventi socio politici	55	1.345,84
Garanzie accessorie	83	2.905,00
Kasko/Collisione	41	8.402,80

Premio netto	36.123,08
Interessi di frazionamento	
S.S.N.	1.542,60
Imposte	4.729,70
Totale premio annuo	42.395,38

Premio di prima rata	Dal 31/03/2016	Al 30/09/2016	
Premio tassabile	18.061,84	S.S.N.	771,28
Tasse	2.364,91	Totale	21.197,83

Regolazione premio il : **30/09/2016** di ogni anno
 Il calcolo delle imposte è stato effettuato con le aliquote delle imposte vigenti alla data del movimento e pertanto detto calcolo potrà subire delle modifiche al momento dell'incasso della regolazione conseguenti alle eventuali variazioni delle aliquote stesse.

Condizioni particolari di polizza dettagliate nello specifico allegato	
23	217

Condizioni particolari di veicolo dettagliate nello specifico allegato	
70	

INFORMATIVA ATTESTATO DI RISCHIO

Al sensi del Regolamento IVASS n. 9/2016, a partire dal 1° luglio 2015 gli attestati di rischio saranno dematerializzati e la loro consegna pertanto sarà telematica. Tale consegna avverrà su richiesta del Contraente con le modalità concordate tra il Contraente stesso e l'Impresa.

ESTREMI DELLA POLIZZA E DICHIARAZIONI CONTRAENTE
Il presente contratto:

- è emesso in sostituzione della polizza n. 2444/130/70937;
- è assunto in coassicurazione, delega alla società per la quota del 100,00 %. L'assicurazione è ripartita, ex art 1911 c.c. tra le compagnie come da ALLEGATO DI COASSICURAZIONE che è parte integrante del presente contratto;
- è regolato dalle allegato Condizioni di polizza;
- è integrato dall'allegato contenente l'identificazione del veicolo/natanti assicurati-garanzie prestate-valori assicurati e relativi premi;
- è integrato dall'allegato contenente le condizioni particolari e l'indicazione delle garanzie accessorie operanti, solo se richiamate, sui singoli veicoli/natanti.

IL CONTRAENTE DICHIARA:

- ✓ che tutti i veicoli/natanti assicurati sono di sua proprietà;
- ✓ di aver ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo/Informativo/edizione 01/07/2014 inerente ai veicoli/natanti assicurati in polizza, comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy, e la documentazione contrattuale;
- ✓ di avere ricevuto l'Informativa privacy di cui all'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 (Codice in materia di protezione di dati personali), anche in nome e per conto degli altri interessati indicati nel contratto, di impegnarsi a consegnarne loro una copia e di acconsentire, ai sensi degli articoli 23, 26 e 43 del D.Lgs. 196/2003, al trattamento dei propri dati personali (comuni ed eventualmente sensibili) da parte del Titolare e degli altri soggetti indicati nell'Informativa, nonché a un eventuale loro trasferimento all'estero (Paesi UE e Paesi extra UE), nei limiti e per le finalità indicate nell'Informativa;

Impresa Unipol Assicurazioni S.p.A.

SERVIZI ASSICURATIVI – PAGAMENTO PREMI PERIODO 31.03.2016/30.09.2016

ELENCO CdC

1) PREMIO POLIZZA INFORTUNI CUMULATIVA – Compagnia GENERALI ITALIA

Assicurazioni Totale € 24.828,00

a) Infortuni conducente mezzi Ente

importo premio: € 1.561,00

CdC:	A0101	2,6 %	€	40,58
	P0101	48,10 %	€	750,86
	Q0101	2,6 %	€	40,58
	T0101	14,6 %	€	227,90
	R0101	4 %	€	62,44
	S0101	6,7 %	€	104,59
	Z0102	10,7 %	€	167,02
	Z0103	4 %	€	62,44
	Z0104	6,7 %	€	104,59

b) Infortuni dipendenti in missione

importo premio: € 2.992,50

CdC:	A0101	1,07 %	€	32,02
	P0101	15,67 %	€	468,93
	Q0101	10,90 %	€	326,19
	T0101	5,67 %	€	169,67
	R0101	4,45 %	€	133,16
	S0101	5,64 %	€	168,78
	Z0102	36,52 %	€	1.092,85
	Z0103	10,08 %	€	301,65
	Z0104	10 %	€	299,25

c) Infortuni donatori di sangue: € 1.026,00

C.d.C: G0401

d) Infortuni Medici Specialisti Ambulatoriali

importo premio: € 10.698,50

CdC:	Q0205	60%	€	6.419,10
	R0205	20%	€	2.139,70
	S0205	20%	€	2.139,70

e) Infortuni Medici continuità assistenziale e 118

importo premio: € 7.125,00

CdC G.M.:	Q0204	60%	€	4.275,00
	R0204	20%	€	1.425,00
	S0204	20%	€	1.425,00

importo premio: € 1.425,00

Cdc 118:	N0501	60%	€	855,00
	N0502	11%	€	156,75
	N0504	20%	€	285,00
	N0503	9%	€	128,25

2) PREMIO POLIZZA KASKO VEICOLI – Compagnia REALE MUTUA Assicurazioni

Premio totale € 38.265,50

a) Kasko Dipendenti in missione

importo premio: € 15.403,50

CdC:	A0101	1,07 %	€	164,82
	P0101	15,67 %	€	2.413,73
	Q0101	10,90 %	€	1.678,98
	T0101	5,67 %	€	873,38
	R0101	4,45 %	€	685,45
	S0101	5,64 %	€	868,75
	Z0102	36,52 %	€	5.625,36
	Z0103	10,08 %	€	1.552,68
	Z0104	10 %	€	1.540,35

b) Kasko Medici continuità territoriale

importo premio: € 22.005,00

CdC G.M.:	Q0204	60%	€	13.203,00
	R0204	20%	€	4.401,00
	S0204	20%	€	4.401,00

c) Kasko Medici Specialisti Ambulatoriali

importo premio: € 857,00

CdC:	Q0205	60%	€	514,20
	R0205	20%	€	171,40
	S0205	20%	€	171,40

SERVIZI ASSICURATIVI – PAGAMENTO PREMIO POLIZZA Rca/ARD

Compagnia UNIPOLSAI Assicurazioni

Periodo 31.03.2016/30.09.2016

ELENCO CdC

1) Libro Matricola RCA/ARD

importo premio: € 21.197,83

CdC:	A0101	2,6 %	€	551,15
	T0101	14,6 %	€	3.094,88
	P0101	48,10 %	€	10.196,16
	Q0101	2,6 %	€	551,15
	R0101	4 %	€	847,91
	S0101	6,7 %	€	1.420,25
	Z0102	10,7 %	€	2.268,17
	Z0103	4 %	€	847,91
	Z0104	6,7 %	€	1.420,25