

## RIEPILOGO DELLE PRINCIPALI CARATTERISTICHE DELLA POLIZZA PERDITE PATRIMONIALI PER COLPA GRAVE DEI MEDICI E DEGLI OPERATORI AFFERITI AL SSN, ACQUISTABILE ON -LINE

**Oggetto dell'Assicurazione:** gli Assicuratori si obbligano a tenere indenne l'Assicurato di ogni somma che questi sia tenuto a versare a seguito di sentenza definitiva pronunciata dalla Corte dei Conti, con accertamento della colpa grave dell'Assicurato stesso.

**Attività assicurata:** l'Assicurazione è operante con riferimento allo svolgimento di tutte le mansioni medico-sanitarie demandate all'Assicurato nella sua qualità di medico, o di soggetto che svolge una delle altre attività indicate nelle tabelle tariffarie allegate al presente riepilogo assicurativo, compreso il personale già in pensione al momento dell'adesione. I predetti soggetti devono esercitare o avere esercitato l'attività professionale nell'ambito del sistema sanitario pubblico alle dipendenze o in rapporto di lavoro autonomo con una a Struttura Sanitaria Pubblica.

### CONDIZIONI TECNICHE

<b>1) MASSIMALI</b>	Al momento dell'adesione è possibile scegliere tra due massimali, rispettivamente di 2.500.000 Euro e 5.000.000 Euro.
<b>2) GARANZIA RETROATTIVA</b>	La Polizza prevede la possibilità di scelta tra due periodi di retroattività, rispettivamente di 5 ANNI o 10 ANNI, che decorre dalla data di acquisto dell'Assicurazione; nell'ambito della retroattività prescelta, la Polizza è altresì operante per le A.O.od A.S.L. diverse da quella ove l'Assicurato lavora al momento di aderire alla Polizza.
<b>3) GARANZIA POSTUMA BASE DA CONTRATTO</b>	<p>La Polizza prevede due anni di copertura postuma (ultrattività) che decorrono dal termine del periodo di assicurazione in cui il soggetto assicurato va in pensione o cessa l'attività (escluso il caso di radiazione dall'albo e/o licenziamento per giusta causa); <b>esempio:</b> → per un assicurato che rinnova la propria Polizza al <b>30 aprile 2018</b>, con scadenza <b>30 aprile 2019</b>, e che vada in pensione al <b>30 giugno 2018</b>, i due anni di copertura postuma decorrono dal <b>30 aprile 2019</b>. Per le modalità operative si veda il successivo punto 20).</p> <p>Nel periodo di copertura postuma possono essere denunciati anche i sinistri risalenti al periodo di retroattività prescelto (5 o 10 anni), decorrente dalla data di adesione alla presente Polizza; <b>esempio:</b> → l'assicurato di cui sopra, che ha iniziato la sua copertura con questa Polizza il <b>30 aprile 2012</b> ed ha scelto una retroattività di <b>dieci anni</b>, fino al <b>30 maggio 2021</b> può denunciare sinistri che siano successivi al <b>30 aprile 2002</b> (il 30 maggio 2021 perché l'Assicurato ha sempre 30 gg. di tempo per denunciare i sinistri – si veda il successivo punto 6).</p>
<b>4) GARANZIA POSTUMA IN ECCESSO A QUELLA BASE</b>	Alla scadenza dei due anni di ultrattività previsti dalla Polizza l'Assicurato ha la facoltà di continuare a mantenere in essere la copertura assicurativa previo pagamento del premio annuo, di cui alle allegate tabelle tariffarie, tramite l'operatività descritta al seguente punto 23).
<b>5) DEFINIZIONE DI SINISTRO</b>	<p>Essendo molto articolata, viene integralmente riportato l'art. 3 di Polizza – DEFINIZIONI – "Richiesta di risarcimento e/o fatti e/o circostanze":</p> <p>quella che per prima, tra le seguenti situazioni, viene a conoscenza dell'Assicurato:</p> <p>i.la comunicazione scritta con la quale il Terzo manifesta all'Assicurato l'intenzione di ritenerlo responsabile per Danni o Perdite Patrimoniali cagionati da presunto fatto colposo attribuibile all'Assicurato stesso o a chi per lui e/o gli fa formale</p>

	<p>richiesta di essere risarcito di tali Danni o Perdite Patrimoniali;</p> <p>ii. la citazione o la chiamata in causa dell'Assicurato per presunto fatto colposo, nonché l'azione della Corte dei Conti, compreso l'invito a dedurre;</p> <p>iii. l'inchiesta giudiziaria promossa contro l'Assicurato in relazione alle responsabilità previste dall'oggetto dell'Assicurazione;</p> <p>iv. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che la stessa è destinataria di una richiesta da parte di un Terzo di essere risarcito per un fatto che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;</p> <p>v. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul SIMES (Sistema Informativo Monitoraggio Eventi Sentinella, operante per tutte le A.O. Pubbliche ex DM 12/01/2010) è stato segnalato un evento sentinella che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;</p> <p>vi. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che sul sistema di segnalazione aziendale è presente evento avverso che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;</p> <p>vii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato che all'U.R.P. – Ufficio Relazioni Pubbliche – o analogo ufficio è pervenuta segnalazione che vede coinvolto l'Assicurato medesimo;</p> <p>viii. la Comunicazione Formale con la quale la Struttura Sanitaria Pubblica di Appartenenza informa l'Assicurato circa l'esistenza di procedimento disciplinare e/o di qualsiasi indagine a suo carico;</p> <p>ix. il ricevimento da parte del Contraente/Assicurato dell'istanza di mediazione da parte di un organismo di mediazione</p> <p><b>Non è considerata Comunicazione Formale:</b></p> <p>a) la richiesta di relazione tecnico-sanitaria avanzata al medico;</p> <p>b) la richiesta di compilare una relazione sullo svolgimento dei fatti; a titolo esemplificativo e non esaustivo e con riferimento al punto vii) sopra riportato, non deve intendersi comunicazione formale la richiesta di relazione di un evento segnalato all'U.R.P.</p>
<p><b>GARANZIE E NORME OPERATIVE</b></p>	
<p><b>6) DENUNCIA SINISTRO</b></p>	<p>Il sinistro deve essere denunciato entro i 30 gg successivi rispetto a quello in cui l'Assicurato ne è venuto a conoscenza e, comunque , entro i 30 giorni successivi alla scadenza del periodo di copertura postuma base o, laddove acquistata, della copertura postuma in eccesso. <b>Il mancato rispetto di questi ultimi due termini fa decadere gli effetti dell'Assicurazione.</b></p>
<p><b>7) INTRAMOENIA , I. ALLARGATA E PRIMO SOCCORSO</b></p>	<p>L'assicurazione è operante anche per l'attività professionale <i>intramoenia</i>, anche <i>allargata</i>, esercitata in conformità alle norme ed ai regolamenti vigenti, <b><u>con esclusione assoluta</u></b> dell'attività esercitata in regime di <b><i>extramoenia</i></b> .</p> <p>La copertura è estesa ai sinistri derivanti da interventi di primo soccorso prestato per motivi deontologici e/o atti di solidarietà umana, indipendentemente dal giudizio di colpa grave.</p>
<p><b>8) CONSENSO INFORMATO</b></p>	<p>La copertura è operante per tutti sinistri derivanti da vizi di assunzione o carenza del consenso informato non imputabili al singolo medico, <b><i>ma non per assenza del consenso informato derivante da negligenza nell'assunzione dello stesso da parte del medico.</i></b></p>

<p><b>9) TITOLARITÀ DELLA POLIZZA</b></p>	<p>La Polizza è strettamente PERSONALE e mantiene la sua efficacia per l'Assicurato anche in caso di variazione dell'A.O. o ASL di appartenenza; non è necessario comunicare all'Assicuratore (tramite la struttura Affinity del Broker Aon) l'eventuale passaggio da una Struttura Sanitaria ad un'altra, ma è consigliabile farlo alla prima occasione utile (pagamento del rinnovo annuo, variazione di massimale, ecc.) per trovare corrispondenza con l'Azienda ove l'Assicurato lavora nel caso di denuncia di sinistro o di qualsiasi altra comunicazione amministrativa.</p>
<p><b>10) ATTIVITÀ MEDICO PROFESSIONALE</b></p>	<p>La copertura è operante per l'attività professionale esperita indipendentemente dalla natura del danno. Esempio, il Medico di Medicina Legale ed il Medico del Lavoro hanno attività generatrice di danni a terzi meramente patrimoniali e non tali derivanti da lesioni fisiche; le conseguenze di questi danni puramente patrimoniali, ovvero la sentenza di Colpa Grave della Corte dei Conti, sono coperte dalla Polizza. <u>Sono invece escluse dalla copertura di Polizza</u> le attività specificatamente e tipicamente gestionali ed amministrative quali, ad esempio, quelle del Primario e del Direttore di Dipartimento o di Presidio, che trovano ristoro nella Polizza R.C. Patrimoniale che, come questa Polizza, è presente sul sito on-line.</p>
<p><b>11) PERSONALE IN CONVENZIONE CON IL SSN - FARMACISTI</b></p>	<p>E' data la possibilità di aderire alla Polizza anche al personale appartenente al Servizio Sanitario Nazionale: detto personale, nelle tabelle sotto allegate, è identificato nella carica definita "Medico non Dirigente" e riporta alle seguenti mansioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medici addetti alla medicina dei servizi,</li> <li>• medici che esplicano il servizio di continuità assistenziale (ex guardia medica),</li> <li>• medici del servizio di emergenza sanitaria territoriale (servizio 118),</li> <li>• psicologi, biologi e medici specialisti ambulatoriali-medici aderenti al SUMAI</li> </ul> <p>Possono altresì acquistare l'Assicurazione anche i Farmacisti laddove siano dipendenti pubblici.</p>
<p><b>12) MODALITÀ DI CALCOLO E DI PAGAMENTO DEL PREMIO; DECORRENZA E SCADENZA DELLA COPERTURA</b></p>	<p>Per acquistare l'assicurazione l'aderente deve elaborare un preventivo via web sul sistema del Broker, procedere all'acquisto del preventivo stesso, sottoscrivere il relativo Modulo di Proposta e trasmetterlo agli Assicuratori, per il tramite del Broker, unitamente a copia della disposizione di bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento del relativo Premio, recante il timbro della banca o il numero di CRO. Ai fini della individuazione della data di pagamento fa fede esclusivamente la data ordine bonifico riportata nella disposizione di pagamento del Premio.</p> <p><b>Calcolo del premio - decorrenza e scadenza della copertura :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. per le adesioni che hanno effetto dal 1° al 15 del mese: la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno prescelto al momento dell'adesione on line e scade alle ore 24.00 del giorno 15 del medesimo mese dell'anno successivo;</li> <li>2. per le adesioni che hanno effetto dal 16° all'ultimo giorno del mese: la copertura decorre dalle ore 24.00 del giorno prescelto al momento dell'adesione on line e scade alle ore 24.00 dell'ultimo giorno del medesimo mese dell'anno successivo.</li> </ol> <p>Il premio da corrispondere è <u>sempre annuo anticipato</u>.</p> <p>Quanto sopra specificato è subordinato al pagamento del premio <b>entro i 5 giorni lavorativi</b> successivi alla ricezione della conferma di copertura da parte degli Assicuratori ed il modulo di proposta, <b>debitamente sottoscritto</b>, venga inoltrato agli Assicuratori stessi (per il tramite del Broker) <b>entro 30 giorni</b> dalla data di decorrenza della Polizza indicata nella fase della sua compilazione.</p> <p>Qualora il premio venga pagato successivamente ai 5 giorni di cui sopra la copertura</p>

	<p>decorre dalle ore 24.00 del giorno del pagamento, che comunque deve essere effettuato entro i 30 gg. dalle date di cui a punti 1 o 2.</p> <p>Il modulo di proposta sottoscritto deve essere <b>sempre</b> inoltrato agli Assicuratori tramite il broker entro i 30 gg. dalle date di cui ai predetti punti 1o 2; qualora non venga rispettato detto termine la proposta dovrà intendersi non accettata e dovrà essere rifatto il preventivo.<sup>1</sup></p>
<b>13) A) ADESIONE ON-LINE RICHIESTE DI RISARCIMENTO</b>	<p><u>Assenza di richieste di risarcimento:</u> in ragione della retroattività prescelta, l'assicurando deve rapportarsi a questo periodo per firmare la dichiarazione <b>che a lui personalmente</b>, nei precedenti 5 o 10 anni, non sono state avanzate richieste di risarcimento e/o fatti e/o circostanze come definite in Polizza (vedi punto 5 che precede).</p>
<b>14) B) ADESIONE ON-LINE RICHIESTE DI RISARCIMENTO</b>	<p><u>Conoscenza di richieste di risarcimento:</u> in ragione della retroattività prescelta, l'assicurando deve rapportarsi a questo periodo per indicare <b>se a lui personalmente</b>, nei precedenti 5 o 10 anni, sono state avanzate richieste di risarcimento come definite in Polizza (vedi punto 5 che precede); in questo caso per ogni richiesta di risarcimento è necessario segnalare a cura del proponente:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• data di accadimento e data di notifica alla persona</li><li>• descrizione del fatto: tipologia di richiesta/ procedimento, motivazione ed importo</li><li>• eventuale importo pagato.</li></ul> <p><b>Nota Bene:</b> devono essere inserite anche le informazioni di garanzia ricevute in passato ma che non hanno avuto seguito.</p>
<b>15) C) ADESIONE ON-LINE RICHIESTE DI RISARCIMENTO</b>	<p>In caso di dichiarazione del Contraente di conoscenza di Richieste di Risarcimento e/o Fatti e/o Circostanze, il preventivo non può essere acquistato e gli Assicuratori si riservano di non accettare il rischio oppure di accettarlo alle medesime condizioni di Premio o a differenti condizioni di Premio. Gli Assicuratori, per il tramite del Broker e nel termine di <b>5 (cinque)</b> giorni dalla ricezione dei dati di cui al preventivo, comunicano al Contraente:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>la mancata accettazione del rischio;</li><li>l'accettazione alle normali condizioni di Premio;</li><li>l'accettazione del rischio a differenti condizioni (aumento del premio, eliminazione o riduzione della retroattività, altro...).</li></ol> <p>Sino alla ricezione di tale comunicazione l'Assicurazione resta sospesa.</p> <p>In caso di accettazione del rischio da parte degli Assicuratori, alle normali condizioni di Premio o a differenti condizioni, il Contraente ha a disposizione ulteriori <b>5 (cinque)</b> giorni dalla ricezione dell'offerta degli Assicuratori entro i quali può manifestare il proprio assenso alle diverse condizioni proposte dagli Assicuratori, attraverso l'acquisto del preventivo e l'invio del Modulo di Proposta unitamente a copia della disposizione di bonifico bancario attestante l'avvenuto pagamento del relativo Premio, o il proprio diniego. Anche in questo caso, il primo Periodo di Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno prescelto dal Contraente e riportato nel Modulo di Proposta, nonché nella Scheda di Copertura. Tuttavia, se il Contraente paga il Premio successivamente ai <b>5 (cinque)</b> giorni sopra specificati, l'Assicurazione resta sospesa sino alle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le altre scadenze di cui al punto 12), cioè pagamento del premio ed invio del modulo scaricato e sottoscritto entro i 30 gg. dal giorno prescelto per la decorrenza della Polizza. Le differenti condizioni si applicano anche ai successivi rinnovi.</p> <p>Tutte le perdite a carico dell'Assicurato conseguenti ai sinistri dichiarati sono</p>

<sup>1</sup> Si invita a leggere attentamente l'art. 14 della polizza (Condizione risolutiva del contratto)

	comunque escluse dall'Assicurazione.
<b>16) D) ADESIONE ON-LINE RICHIESTE DI RISARCIMENTO</b>	<b>Attenzione:</b> non devono essere dichiarate le richieste di risarcimento avanzate direttamente all' A.O. od ASL presso cui l'Assicurando lavorava al momento dei fatti contestati, di cui l'Assicurando non ne sia a conoscenza. Si ricorda che non sono equiparate a richiesta di risarcimento la relazione tecnico-sanitaria avanzata dalla Struttura Sanitaria al singolo dipendente e le altre relazioni, di cui al punto 5), lettere a) e b), che pertanto <b>devono essere omesse</b> in questa dichiarazione.
<b>17) VARIAZIONE DI RISCHIO</b>	Si verifica una variazione di rischio (diminuzione od aggravamento) al momento della variazione della carica assicurata. La nuova situazione deve essere comunicata al broker entro 30 gg. dalla data dell'effettiva variazione affinché la copertura abbia effetto dalla data di attribuzione della nuova carica. In caso di mancato rispetto dei suddetti termini, la copertura del rischio ha effetto dalla data della comunicazione. <b>L'eventuale adeguamento del premio</b> è effettuato alla prima scadenza annuale successiva alla variazione di rischio.
<b>18) VARIAZIONE DI MASSIMALE</b>	L'Assicurato ha la possibilità di variare il massimale prescelto nelle seguenti occasioni: 1. <b>In corso d'anno:</b> esclusivamente in caso di variazione di carica che determini un <u>aggravamento o diminuzione del rischio</u> .; 2. <b>in caso di rinnovo:</b> sempre ed indipendentemente dall'aggravamento del rischio, ma <u>esclusivamente in aumento</u> . <u>Operatività di cui al punto 1):</u> l'Assicurato deve comunicare la variazione entro 30 gg. da quando è intervenuta la variazione di rischio (effetto del nuovo massimale dalla data di variazione), mediante la compilazione di apposito modulo; il premio è determinato dalla Struttura Affinity di Aon che provvede alla relativa comunicazione all'Assicurato; nel caso di mancato rispetto del termine dei 30 gg. il nuovo massimale è operante dalla ricezione del modulo. <u>Operatività di cui al punto 2):</u> l'Assicurato deve trasmettere al broker il modulo di variazione massimale non oltre 5 giorni successivi alla scadenza annuale della polizza; il premio di rinnovo è calcolato tenendo conto del nuovo massimale dalla data di ordine bonifico; la variazione di massimale decorre dalla data di ordine bonifico.
<b>19) RINNOVO DELLA POLIZZA E DISDETTA</b>	La Polizza è annualmente rinnovabile. Tuttavia gli Assicurati in attività hanno la facoltà di disdettare la propria adesione alla Polizza 30 gg. prima di ogni scadenza annuale; pari facoltà è data agli Assicuratori. L'Assicurazione <b>è rinnovata di anno in anno a condizione che:</b> 1. alla data di scadenza l'Assicurato non sia a conoscenza di sinistri e/o di circostanze che possano causare sinistri che debbano essere ancora denunciati agli Assicuratori; 2. vi siano state variazioni dell'attività professionale dichiarata che non sono ancora state comunicate agli assicuratori. In caso di sussistenza di una o entrambe le situazioni 1. e 2. l'Assicurato deve darne comunicazione nei 30 giorni successivi alla scadenza annuale della copertura assicurativa. In caso di ritardata comunicazione <b>gli Assicuratori si riservano di procedere alla risoluzione del contratto.</b> In caso di denuncia di sinistri nei 30 gg. successivi alla scadenza annuale della polizza, gli Assicuratori disporranno di 5 giorni dalla ricezione della comunicazione per: a. Confermare il rinnovo b. Annullare il rinnovo (la Aon dovrà restituire il premio ove corrisposto)

	<p>c. Concedere il rinnovo a diverse condizioni</p> <p>Al verificarsi di quanto previsto al punto c. l'Assicurato avrà a disposizione ulteriori 5 gg. per accettare o meno le nuove condizioni. Nel caso di mancata accettazione la copertura decade e la Struttura Affinity di Aon dovrà restituire il premio ove corrisposto.</p>
<b>20) CHI VA IN PENSIONE O CESSA L'ATTIVITÀ</b>	<p>Il pensionamento o la cessazione dell'attività devono essere comunicati alla struttura Affinity del Broker Aon entro i 30 gg. successivi dalla data in cui è intervenuta la cessazione medesima, mediante la compilazione di apposito modulo.</p> <p>In caso di mancato rispetto del termine sopra indicato la copertura è sospesa fino alle ore 24.00 del giorno della comunicazione.</p>
<b>21) SE SI POSSIEDE UN'ALTRA ASSICURAZIONE</b>	<p>Premesso che questa Polizza opera <u>solo</u> per la "rivalsa" dell'Ente e per il conseguente ed eventuale giudizio di colpa grave sancito dalla Corte dei Conti, la medesima opera:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• per le medesime garanzie, in secondo rischio su eventuali altre polizze esistenti e, per i massimali, in eccedenza rispetto a quelli delle altre polizze;</li> <li>• per massimali e condizioni diverse, a primo rischio rispetto a quelli delle altre polizze.</li> </ul>
<b>22) SPESE LEGALI</b>	<p>Garantendo la Polizza l'integrità patrimoniale dell'Assicurato per le somme che lo stesso sia tenuto a versare per Colpa Grave, l'Assicuratore provvede <b>solo al rimborso</b> delle spese per la difesa dell'Assicurato nel giudizio avanti la Magistratura contabile a seguito di sentenza definitiva; poiché non si tratta di una Polizza di Tutela Legale, <b>non vengono concessi anticipi</b>.</p>
<b>23) GARANZIA POSTUMA IN ECCESSO A QUELLA BASE</b>	<p>Per potere usufruire dell'Assicurazione senza soluzione di continuità assicurativa dalla data di effetto originaria dell'adesione, l'Assicurato deve inoltrare la specifica richiesta al Broker non prima di 30 gg. dalla scadenza del termine del periodo di efficacia ultrattiva dell'Assicurazione e non oltre il suo termine. Nell'esempio di cui al punto 3) tale richiesta deve essere inoltrata nel periodo compreso fra il <b>1 ed il 30 aprile 2021</b>. <b>N.B:</b> : → il sistema informatico di Aon Affinity inoltra all'Assicurato un apposito avviso.</p> <p><b>1) In caso di mancato rispetto della tempistica di cui sopra</b>, è possibile acquistare una nuova copertura assicurativa compilando un nuovo modulo di adesione con possibilità di scelta di massimale e retroattività diversi rispetto alla Polizza precedente.</p> <p><b>2) Condizione per l'acquisto (si veda anche la slide n. 8):</b> l'Assicurato <b>non deve essere a conoscenza</b> di sinistri che debbano essere denunciati agli Assicuratori né di fatti e/o circostanze che possano causare sinistri.</p> <p><b>2.1 In caso di conoscenza di sinistri e/o fatti e/o circostanze:</b> si applicano le condizioni di cui alla slide n. 9.</p> <p><b>3. Rinnovo:</b> si applicano le condizioni di cui al punto 19) e delle slides 10 e 11.</p>
<b>24) RECESSO PER RIPENSAMENTO</b>	<p>Il Contraente ha 14 giorni di tempo per esercitare il diritto di recesso per ripensamento alla sottoscrizione della Polizza, a mezzo invio di comunicazione, agli Assicuratori, per il tramite del Broker. Detto termine decorre dal giorno dalla ricezione, da parte del Contraente, della Scheda di Copertura.</p> <p>Qualora il Contraente eserciti il diritto di recesso per ripensamento, lo stesso ha diritto alla restituzione del Premio versato (incluse le imposte).</p>

**PREMI SU BASE ANNUA – RETROATTIVITA' 5 ANNI**

<b>CARICHE ASSICURABILI</b>	<b>MASSIMALI</b>	
	<b>2.500.000,00</b>	<b>5.000.000,00</b>
Dirigente Medico e Medico non Dirigente	€ 342,50	€ 401,00
Dirigente Sanitario non Medico e Farmacista	€ 232,00	€ 273,00
Specializzando	€ 171,25	€ 200,50
Personale Sanitario non Dirigente – Comparto	€ 90,50	€ 110,00
Dirigente Medico e Medico non Dirigente in pensione o che abbia cessato l'attività	€ 167,50	€ 193,50
Dirigente Sanitario non Medico e Farmacista in pensione o che abbia cessato l'attività	€ 167,50	€ 193,50
Specializzando che abbia cessato l'attività	€ 171,25	€ 200,50
Personale Sanitario non Dirigente – Comparto in pensione o che abbia cessato l'attività	€ 90,50	€ 110,00

**PREMI SU BASE ANNUA – RETROATTIVITÀ' 10 ANNI**

<b>CARICHE</b>	<b>MASSIMALI</b>	
	<b>2.500.000,00</b>	<b>5.000.000,00</b>
Dirigente Medico e Medico non Dirigente	€ 394,00	€ 461,50
Dirigente Sanitario non Medico e Farmacista	€ 267,00	€ 314,00
Specializzando	€ 197,00	€ 231,00
Personale Sanitario non Dirigente – Comparto	€ 104,00	€ 126,50
Dirigente Medico e Medico non Dirigente in pensione o che abbia cessato l'attività	€ 193,00	€ 222,50
Dirigente Sanitario non Medico e Farmacista in pensione o che abbia cessato l'attività	€ 193,00	€ 222,50
Specializzando che abbia cessato l'attività	€ 197,00	€ 231,00
Personale Sanitario non Dirigente – Comparto in pensione	€ 104,00	€ 126,50