

AMTRUST IstitutiClinici

Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Polizza N° RCI00010000385		Polizza Sostituita N° -		Prodotto Amtrust IstitutiClinici		
Edizione del contratto Ed. 03/2020	Regolazione SI	Coassicurazione NO	Intermediario AMTRUST INSURANCE AGENCY ITALY SRL		Sub Codice AG013	Tot. Allegati -

Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale SPINECO S.T.P. ARL			Codice Fiscale 02908450600	Partita IVA 02908450600		
Sede legale VIA LAGO DI COMO, 44		Comune FROSINONE		Prov FR	Cap 03100	Nazione IT

Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 30/01/2021	Scade alle ore 24 del 30/01/2022	Tacito rinnovo Sì
--	-------------------------------------	----------------------

Fatturato

Fatturato Preventivato 299.000,00	Tasso lordo pro mille 8,7793
--------------------------------------	---------------------------------

Tasso lordo di Regolazione

Dati di pagamento

Frazionamento Annuale	Prossima quietanza il 30/01/2022
--------------------------	-------------------------------------

Premio alla Firma

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
2.147,22	0,00	2.147,22	477,78	2.625,00

Premio Rate Future

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
2.147,22	0,00	2.147,22	477,78	2.625,00

Premio minimo Annuo

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
2.147,22	0,00	2.147,22	477,78	2.625,00

Le imposte sono applicate al premio imponibile secondo quanto disposto dalle normative fiscali vigenti.

I mezzi di pagamento utilizzabili sono, nei limiti delle norme vigenti, esclusivamente: assegno, bonifico, sistemi di pagamento elettronico, come regolamentato dall'Art. 7.1 delle Condizioni di Assicurazione. La periodicità di pagamento (frazionamento) può essere annuale o semestrale.

L'importo del Premio alla Firma è stato pagato in data 30/01/2021

FIRMA INTERMEDIARIO
GENERALI ASSICURAZIONI S.p.A.
L'Agente Generale

AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.
Ai fini della copertura assicurativa valgono esclusivamente le informazioni generate dal sistema e riportate sulla presente Scheda di polizza.

AMTRUST IstitutiClinici

Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Garanzie operanti

Garanzia acquistata	Garanzia base	Data inizio Retroattività di Garanzia
X	Responsabilità civile e professionale verso Terzi (RCT) e Responsabilità civile verso i prestatori di lavoro (RCO)	30/01/2019

Massimale complessivo di Polizza

Per Periodo di Assicurazione	Per Sinistro	Per Serie di Sinistri
1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00

Garanzie aggiuntive opzionali

Garanzia acquistata	Garanzia aggiuntiva opzionale	Sottolimito di Indennizzo per sinistro e Periodo di Assicurazione (euro)
NO	Direttore sanitario	1.000.000,00
SI	Danni Patrimoniali	250.000,00
NO	Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali	-
NO	Rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale in regime Libero Professionale	-
NO	Rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale dipendente e convenzionato	-
NO	Crioconservazione	500.000,00

Franchigia per Sinistro

Franchigia RCT (Solo Gruppo 1)	Franchigia RCT	Franchigia RCO art. 2.2.2	Franchigia RCT Solo danni a cose	Franchigia sempre applicata
-	-	2.500,00	500,00	-

AMTRUST Istituti Clinici

Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

GRUPPO 2 - ATTIVITÀ DI RADIOLOGIA

Dati del Rischio

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA (*)	N° ESAMI LETTI
Visite	Radiodiagnostica (no mammografia)	-
Visite	Radiodiagnostica con mammografia, TAC, RM.	307
Visite	Medicina nucleare	-

(*) Ai fini della copertura assicurativa sono assicurate solo le attività per le quali è indicato il numero di esami letti annuo

Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

GRUPPO 5 - ATTIVITÀ AMBULATORIALE NON CHIRURGICA E NON INVASIVA E ATTIVITA' DI FISIOTERAPIA

Dati del Rischio

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA (*)	N° PRESTAZIONI
Visite	Visite senza interventi chirurgici e senza accertamenti diagnostici invasivi	600
Visite	Fisioterapia, medicine non convenzionali e altre terapie fisiche non mediche	-

(*) Ai fini della copertura assicurativa sono assicurate solo le attività per le quali è indicato il numero di prestazioni annue

Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Dichiarazioni del Contraente sul Rischio e sulla gestione della Polizza

Ai fini della gestione della Polizza, il Contraente dichiara che:

Delega al Broker

Ha affidato all'Intermediario indicato in Polizza, in qualità di Broker, il mandato a rappresentarlo ai fini della gestione della presente Assicurazione, pertanto ogni comunicazione fatta dalla Società all'Intermediario sarà considerata come fatta al Contraente o all'Assicurato, ed ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente o dall'Assicurato.	NO
---	----

Con riferimento agli articoli 1892, 1893, 1894 e 1910 cod. civ., il Contraente dichiara che:

Sinistrosità pregressa

Il Contraente, per gli eventi garantiti in Polizza e nello svolgimento delle proprie attività, ha ricevuto negli ultimi 5 anni Richieste di Risarcimento o sono state instaurate nei suoi confronti azioni legali tese ad accertare la sua Responsabilità civile.	NO
---	----

Sinistrosità pregressa solo per acquisto della Garanzia "Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali"

Il Contraente, per gli eventi garantiti in Polizza e nell'ambito delle proprie attività, è a conoscenza che, negli ultimi 5 anni, sono state avanzate azioni penali nei confronti di soggetti che operano a qualsiasi titolo presso o per conto dell'Istituto assicurato.	NO
---	----

Retroattività inferiore a 10 anni

Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017, che prevede una Retroattività minima di 10 anni, la Società propone di acquistare un Periodo di Retroattività consono ad offrire un'adeguata copertura degli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di un contratto di Assicurazione privo del Periodo di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'ipotesi di Assicurato al primo anno di attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti. L'acquisto di una Retroattività inferiore a 10 anni avviene nella piena consapevolezza del Contraente e dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente).	SI
--	----

AMTRUST Istituti Clinici

Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Dichiarazioni del Contraente

Consegna Set Informativo

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione della Polizza, del Set Informativo (AmTrust Istituti Clinici - Ed.03/2020)

FIRMA CONTRAENTE

Accettazione clausole specifiche

Il Contraente dichiara, ai sensi degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile, di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1.1 lettera b) – Validità temporale dell'Assicurazione - Forma ed efficacia dell'Assicurazione; Art.4.4 – Responsabilità solidale; Art. 6.1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Art. 8 – Effetto e durata della Polizza; Art.9.1 – Recesso per sinistro; Art. 16 – Variazioni contrattuali a scadenza

FIRMA CONTRAENTE

Presenza visione Privacy per finalità assicurative

Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

FIRMA CONTRAENTE

Presenza visione Allegato 3 e Allegato 4 e Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative

Il Contraente dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione della proposta e, ove non prevista, della Polizza, l'Allegato 3 - "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti" e l'Allegato 4 - "Informazioni da rendere al Contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" ai sensi dell'Art. 56 Regolamento IVASS n. 40/2018. Dichiara, altresì, di aver ricevuto e firmato, prima della sottoscrizione della proposta e, ove non prevista, della Polizza, il documento di valutazione delle proprie richieste ed esigenze assicurative, comprensivo delle eventuali dichiarazioni di cui all'Art. 58 del Regolamento IVASS n. 40 /2018.

FIRMA CONTRAENTE

Sottoscrizione della Polizza

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente e dalla Società sulla base della presente Polizza (e degli allegati indicati), comprese le Dichiarazioni del Contraente qui riportate e di quanto nel Set Informativo (AmTrust Istituti Clinici - Ed.03/2020), che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati..

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato

Emmanuel Neto

FIRMA CONTRAENTE

Emesso il 18/01/2021 in MILANO



AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale, Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)