

AMTRUSTPoliambulatori

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

Polizza N° RCI00010002599	Polizza Sostituita N° -	Prodotto AmTrustPoliambulatori Ed.07/2023 Agg. 03/2024
Intermediario PHENIX INSURANCE BROKER SRL		Codice Nodo BR028

Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale ZEDAN SRL	Codice Fiscale 17313621009	Partita IVA 17313621009
Sede legale VIA TORINO, 150	Comune ROMA	Prov RM
	Cap 00118	Nazione IT

Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 29/10/2024	Scade alle ore 24 del 29/10/2025	Frazionamento Annuale	Tacito rinnovo Sì	Prossima Quietanza il 29/10/2025
--	-------------------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------------

Premio alla Firma

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
██████████	0,00	██████████	██████████	██████████

Premio Rate Future

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
██████████	0,00	██████████	██████████	██████████

Premio Annuo

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
██████████	0,00	██████████	██████████	██████████

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. 8 delle Condizioni di Assicurazione. La periodicità di pagamento (frazionamento) può essere annuale, semestrale, quadrimestrale o trimestrale.

L'importo del Premio alla Firma è stato pagato in data 11/10/2024	FIRMA Intermediario
---	---------------------

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.

PAGATO
PHENIX
INSURANCE BROKER SRL
6:41 pm, 11 Nov 2024


AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clari 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)

AMTRUSTPoliambulatori

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

Dati del rischio

Fatturato (euro)	
Attività di Radiologia e/o Ginecologia	NO
Data inizio retroattività	29/10/2014
Massimale per Sinistro* (euro)	3.000.000,00
Franchigia per Sinistro (euro)	2.500,00

* Il Massimale per Periodo di Assicurazione e per Serie di Sinistri è pari a:

- € 3.000.000 per le strutture ambulatoriali che erogano prestazioni anche in ambulatori non protetti ivi compresi i laboratori di analisi
- € 6.000.000 per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto

RCO - Massimale (euro)
Per Sinistro e per Periodo di Assicurazione 2.000.000

Garanzie operanti

Operante	Garanzia Base
SI	Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (RCO)
Operante	Garanzia Aggiuntiva Opzionale
SI	Responsabilità personale e Professionale del Personale in regime Libero Professionale

AMTRUSTPoliambulatori

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.	SI
---	----

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

Sinistrosità pregressa

Con riguardo ai rischi assicurati con la presente Polizza 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
--	----

Massimali minimi di garanzia

Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede per le strutture ambulatoriali che erogano prestazioni anche in ambulatori non protetti, ivi compresi i laboratori di analisi un massimale per sinistro non inferiore a € 1.000.000,00 e per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto un Massimale per Sinistro non inferiore a € 2.000.000,00 la Società invita ad acquistare un Massimale per Sinistro conforme. L'acquisto di un Massimale per Sinistro inferiore rispettivamente a € 1.000.000 (un milione) e a € 2.000.000,00 (due milioni) avviene nella piena consapevolezza del Contraente e dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente).	SI
--	----

Retroattività inferiore a 10 anni

Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede una Retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare una Retroattività adeguata agli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di una Polizza priva di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'Istituto che inizia l'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).	***
---	-----

AMTRUSTPoliambulatori

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 Poliambulatori - Ed. 07/2023)

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. 1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione; Art. 6.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Art. 7.5 - Variazioni contrattuali a scadenza; Art. 9 - Effetto e durata della Polizza; Art. 10 - Casi di interruzione della Polizza.

FIRMA CONTRAENTE

Eccezioni opponibili

Il Contraente dichiara, con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed ai sensi dell'art. 8 del Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 3 Esclusioni; - Art. 4.2 Franchigia e gestione dei Sinistri - Art. 8.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa

FIRMA CONTRAENTE

Privacy per finalità assicurative

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

FIRMA CONTRAENTE

Presa visione Allegato 3, Allegato 4, Allegato 4-ter e Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative

Il Contraente dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione della Polizza, l'Allegato 3 - "Informativa sul distributore", l'Allegato 4 - "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP", l'Allegato 4-ter "Elenco delle regole di comportamento del distributore" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018. Dichiara, altresì, di aver ricevuto e firmato, prima della sottoscrizione della Polizza, il documento di valutazione delle proprie richieste ed esigenze assicurative.

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 Poliambulatori - Ed.07/2023) che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.

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

FIRMA CONTRAENTE

ZEDAN SRL

Via Torino, 150
00184 Roma (RM)
P.Iva/C.Fisc.: 17313621009

Emesso il 11/10/2024 in MILANO