Stampa

AmTrust **POLIAMBULATORI**

Linea Struttura Protetta

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

Polizza N°	Polizza Sostituita N°	Prodotto/Edizione del contratto
RCI00010004002	RCI00010002599	AmTrustPoliambulatori Ed.07/2023 Agg.05/2025

Intermediario	Codice Nodo
PHENIX INSURANCE BROKER SRL	BR028

Dati del Contraente

Denominazione / Ragione sociale	Codice Fiscale	Partita IVA
ZEDAN SRL	17313621009	17313621009

Sede legale	Comune	Prov	Cap	Nazione
VIA TORINO, 150	ROMA	RM	00118	IT

Dati dell'Assicurato

Denominazione / Ragione sociale	Codice Fiscale	Partita IVA
ZEDAN SRL	17313621009	17313621009

Sede legale	Comune	Prov	Cap	Nazione
VIA TORINO, 150	ROMA	RM	00118	IT

Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del	Scade alle ore 24 del	Frazionamento	Tacito rinnovo	Prossima Quietanza il
29/10/2025	29/10/2026	Semestrale	Sì	29/04/2026

Premio alla Firma

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
858,89	0,00	858,89	191,11	1.050,00

Premio Rate Future

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
858,89	0,00	858,89	191,11	1.050,00

Premio Annuo

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
1.717,78	0,00	1.717,78	382,22	2.100,00

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. 8.1 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 _____

FIRMA Intermediario

PAGATO
PHENIX INSURANCE BROKER SRL
6:17 pm, 22 Ott 2025

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.

AmTrust Assicurazioni

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

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

Fatturato (euro)	250.000,00
Attività di Radiologia	NO
Attività di Ginecologia e/o Fecondazione Assistita	NO
Attività di Diagnostica Invasiva	NO
Attività svolta esclusivamente presso Terzi	NO

Garanzia base

Garanzia base	Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (RCO)
Data inizio retroattività	29/10/2015
RCT Massimale per Sinistro (euro)	3.000.000,00
RCT Massimale per Periodo di Assicurazione/Serie di sinistri (euro)	9.000.000,00
RCO Massimale per sinistro e Periodo di Assicurazione (euro)	2.000.000
Franchigia (euro)	2.500,00

Garanzie aggiuntive opzionali

Attiva	***Garanzia Aggiuntiva Opzionale***	***Sottolimite di Indennizzo per Sinistro e Periodo di Assicurazione/Serie di Sinistri (euro)***
SI	Responsabilità personale e Professionale del Personale in regime Libero Professionale	Massimale di Polizza
NO	Attività Invasive minori	Massimale di Polizza

AmTrust Assicurazioni

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

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.	Sì

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

Anni di Attività

L'Attività Assicurata è svolta da meno di cinque anni dalla data di decorrenza della presente Polizza?	SI

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

Dichiarazioni del Contraente

Consegna Set Informativo

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione della Polizza, del Set Informativo (AmTrustPoliambulatori Ed.07/2023 Agg.05/2025)	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. 4 Limiti di copertura; Art. 6.1 Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Art. 6.2 Patto di gestione della lite; Art. 7.5 Variazioni contrattuali a scadenza; Art. 9 Effetto e durata 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 dell'Art. 7.1 delle Condizioni di Assicurazione "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", avendo compreso quali attività sono oggetto della copertura assicurativa della presente Assicurazione. Il Contraente dichiara inoltre di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione; Art. 1.2 Validità temporale e forma dell'Assicurazione; Art. 3.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia dell'Assicurazione; Art. 3.2 Esclusioni relative alle estensioni di garanzia incluse nel Premio; Art. 4.2 Franchigia per Sinistro 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

AmTrust Assicurazioni

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

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

Presa visione Allegato 3 "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi" 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 - "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i. 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 (AmTrustPoliambulatori Ed.07/2023 Agg.05/2025) che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.	AmTrust Assicurazioni S.p.A. L'Amministratore Delegato Matteo Baviello	FIRMA CONTRAENTE

Emesso il 20/10/2025 *in* MILANO

AmTrust Assicurazioni

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