

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

Polizza N° RCI00010002029	Polizza Sostituita N° -	Prodotto AmTrustPoliambulatori Ed. 07/2023 Agg. 07/2023
Intermediario PINCIANO ASSICURAZIONI		Codice Nodo AG019

Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale DOC DIAGNOSTICA PER OBESI E CLAUSTROFOBICI SRL	Codice Fiscale 16322961000	Partita IVA 16322961000
Sede legale VIA MASSACCIUCCOLI, 91	Comune ROMA	Prov RM
		Cap 00199
		Nazione IT

Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 29/01/2024	Scade alle ore 24 del 29/01/2025	Frazionamento Annuale	Tacito rinnovo Sì	Prossima Quietanza il 29/01/2025
--	-------------------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------------

Premio alla Firma

Premio Netto (euro) 1.635,99	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 1.635,99	Imposte (euro) 364,01	Totale Premio (euro) 2.000,00
---------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--------------------------	----------------------------------

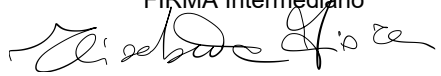
Premio Rate Future

Premio Netto (euro) 1.635,99	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 1.635,99	Imposte (euro) 364,01	Totale Premio (euro) 2.000,00
---------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--------------------------	----------------------------------

Premio Annuo

Premio Netto (euro) 1.635,99	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 1.635,99	Imposte (euro) 364,01	Totale Premio (euro) 2.000,00
---------------------------------	-------------------	--------------------------------------	--------------------------	----------------------------------

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 <u>05/02/2024</u>	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.

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

Dati del rischio

Fatturato (euro)	200.000,00
Attività di Radiologia e/o Ginecologia	SI

Data inizio retroattività	29/01/2024
Massimale per Periodo di Assicurazione (euro)	1.000.000,00
Massimale per Sinistro (euro)	1.000.000,00
Massimale per Serie di Sinistri (euro)	1.000.000,00
Franchigia per Sinistro (euro)	-

Garanzie operanti

Operante	Garanzia Base
SI	Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (RCO)
Operante	Garanzia Aggiuntiva Opzionale
NO	Responsabilità personale e Professionale del Personale in regime Libero Professionale

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
---	----

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
--	----

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 - Ultimo aggiornamento 07/2023)	DOC S.r.l. FIRMA CONTRAENTE 00199 Roma P.IVA/C.F. 16322961000 C.C.I.A.A. 04499282
--	--

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. 4.4 - Responsabilità solidale; 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.	DOC S.r.l. FIRMA CONTRAENTE Sede Legale: Via Massaciucoli, 91 00199 Roma P.IVA/C.F. 16322961000 C.C.I.A.A. 04499282
--	--

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.	DOC S.r.l. FIRMA CONTRAENTE Sede Legale: Via Massaciucoli, 91 00199 Roma P.IVA/C.F. 16322961000 C.C.I.A.A. 04499282
---	--

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.	DOC S.r.l. FIRMA CONTRAENTE Sede Legale: Via Massaciucoli, 91 00199 Roma P.IVA/C.F. 16322961000 C.C.I.A.A. 04499282
---	--

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

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 - Ultimo aggiornamento 07/2023) che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.	AmTrust Assicurazioni S.p.A. L'Amministratore Delegato Emmanuel Metzger	FIRMA CONTRAENTE DOC S.r.l. Sede Legale: Via Massaciuccoli, 91 00199 Roma P.IVA/C.F. 16322961000 R.E.A. A. 1649028
---	--	---

Emesso il 29/01/2024 in MILANO