

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

Polizza N° RCI00010001702		Polizza Sostituita N° -		Prodotto AmTrust Istituti Clinici - Ed. 03/2020 Agg. 05/2022	
Regolazione SI	Convenzione -		Intermediario CONSULENTI ASSOCIATI DI FALLERONI ANGI		Sub Codice AG056
					Tot. Allegati 1

Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale SABINA MEDICA AESTHETICS & SURGERY SRL			Codice Fiscale 12937111008		Partita IVA 12937111008
Sede legale VIALE TIVOLI, 98		Comune PALOMBARA SABINA		Prov RM	Cap 00018
					Nazione IT

Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 19/07/2023	Scade alle ore 24 del 19/07/2024	Tacito rinnovo Sì
--	-------------------------------------	----------------------

Fatturato

Fatturato Preventivato 719.755,00	Tasso lordo di Regolazione 13,2337
--------------------------------------	---------------------------------------

Tasso lordo di Regolazione

Dati di pagamento

Frazionamento Semestrale	Prossima quietanza il 19/01/2024
-----------------------------	-------------------------------------

Premio alla Firma

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
3.896,11	0,00	3.896,11	866,89	4.763,00

Premio Rate Future

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
3.896,11	0,00	3.896,11	866,89	4.763,00

Premio minimo Annuo

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
7.792,22	0,00	7.792,22	1.733,78	9.526,00

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, semestrale, quadrimestrale o trimestrale.

L'importo del Premio alla Firma è stato pagato in data _____

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. Ai fini della copertura assicurativa valgono esclusivamente le informazioni generate dal sistema e riportate sulla presente Scheda di polizza.

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)	19/07/2015

Massimale complessivo di Polizza (euro)		
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)
SI	Direttore sanitario	1.000.000,00
NO	Perdite 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 per sinistro (euro)
2.500,00

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

GRUPPO 1 - ATTIVITÀ DI ODONTOIATRIA

Dati del Rischio

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA (*)	N° PRESTAZIONI
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia altre tecniche	20
Chirurgica	Odontoiatria / stomatologia con implantologia osteointegrata	-
Visite	Odontoiatria / stomatologia senza implantologia	490
Invasiva	Ortodontista	75
Visite	Igienista dentale	120
Invasiva	Anestesia incosciente – odontoiatria (**)	-

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

(**) Se indicato il numero di prestazioni "Anestesia incosciente – odontoiatria", si intendono assicurate esclusivamente le attività di "Anestesia incosciente – odontoiatria" svolte da un medico anestesista presso lo Studio Odontoiatrico.

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

GRUPPO 3 - ATTIVITÀ DI LABORATORIO DI ANALISI

Dati del Rischio

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA (*)	N° PRELIEVI	N° TEST
Visite	Patologia clinica (compresa Biochimica clinica)	9000	-

(*) Ai fini della copertura assicurativa sono assicurate solo le attività per le quali è indicato il numero di prelievi/test annui

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

GRUPPO 4 – ATTIVITÀ AMBULATORIALE DI GINECOLOGIA E DI FECONDAZIONE ASSISTITA

Dati del Rischio

Attività ambulatoriale di ginecologia e ostetricia

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA (*)	N° PRESTAZIONI
Visite	Ginecologia ambulatoriale (<i>ginecologia e/o ostetricia</i>)	376
Invasiva	Ginecologia con ostetricia ambulatoriale e biopsie (<i>biopsie, polipi, condilomi, amniocentesi, etc</i>)	-

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

Attività di fecondazione assistita

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA (*)	N° PRESTAZIONI
Visite	Ginecologia ambulatoriale <i>per fecondazione assistita (procedure di inseminazione di primo livello e visite di fecondazione assistita, compresa andrologia)</i>	-
Invasiva	Ginecologia con fecondazione assistita (<i>procedure di raccolta degli ovuli e procedure di inseminazione di secondo e terzo livello</i>)	-
Test	Genetica medica (<i>test di diagnosi genetica pre-impianto e test di diagnosi genetica di immunologia riproduttiva</i>)	-

(*) 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

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

Dati del Rischio

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA (*)	N° PRESTAZIONI
Visite	Visite senza interventi chirurgici e senza accertamenti diagnostici invasivi	2260
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

GRUPPO 8 – ATTIVITÀ AMBULATORIALE INVASIVA E CHIRURGICA, CON O SENZA DEGENZA NOTTURNA

Dati del Rischio

L'Istituto prevede la degenza notturna con il seguente numero di Posti letto acuti:

TIPOLOGIA	ATTIVITÀ SVOLTA (*)	N° PRESTAZIONI
Chirurgica	Andrologia	-
Invasiva	Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	-
Chirurgica	Angiologia e flebologia	-
Invasiva	Angiologia e flebologia (chirurgia minore)	-
Chirurgica	Cardiochirurgia	-
Chirurgica	Cardiologia interventistica	-
Chirurgica	Chirurgia d'urgenza e 118	-
Chirurgica	Chirurgia della mano	-
Chirurgica	Chirurgia estetica plastica	15
Chirurgica	Chirurgia generale (compresa addominale)	-
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (con chirurgia estetica)	-
Chirurgica	Chirurgia maxillo facciale (no chirurgia estetica)	-
Chirurgica	Chirurgia ricostruttiva	-
Chirurgica	Chirurgia toracica	-
Chirurgica	Chirurgia vascolare	-
Invasiva	Dermatologia/venereologia (chirurgia minore)*	180
Invasiva	Ematologia	-
Chirurgica	Endocrinochirurgia	-
Chirurgica	Gastroenterologia	-
Invasiva	Gastroenterologia con endoscopia digestive	-
Chirurgica	Ginecologia con interventi chirurgici (esclusa ostetricia)	-
Invasiva	Malattie infettive e tropicali	-
Invasiva	Medicina d'urgenza e 118	-
Visite	Medicina estetica	72
Invasiva	Medicina estetica	200
Invasiva	Medicina generale - Medico di Famiglia	-
Invasiva	Medicina interna	-
Chirurgica	Nefrologia	-
Invasiva	Nefrologia con Dialisi	-
Chirurgica	Neurochirurgia	-
Invasiva	Neurologia	-
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (compresa attività estetica)	-
Chirurgica	Oculistica / oftalmologia (esclusa attività estetica)	-
Chirurgica	Oncologia e senologia	-
Invasiva	Ortopedia (chirurgia minore)*	-
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)	-
Chirurgica	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)	-
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)	-
Chirurgica	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)	-
Chirurgica	Pediatria senza neonatologia	-
Invasiva	Pediatria senza neonatologia (chirurgia minore)*	-
Invasiva	Pneumologia	-
Invasiva	Radiologia interventista e neuroradiologia	-
Invasiva	Terapia del dolore e cure palliative	-
Chirurgica	Urologia	-

(*) 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
--	----

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 – Ultimo Aggiornamento 05/2022)	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
--	-------------------------

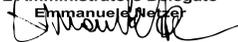
Privacy per finalità assicurative

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 Istituti Clinici – Ed. 03/2020 - Ultimo Aggiornamento 05/2022), che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.	AmTrust Assicurazioni S.p.A. L'Amministratore Delegato Emmanuel Nette 	FIRMA CONTRAENTE
--	---	-------------------------

Emesso il 19/07/2023 in MILANO