

**Dati Contraente/Assicurato**

**A.D.I. GRUPPO SANIMEDICA SRL Cod.Cliente: 95220185**

Residenza: **VIALE DELL'UNIVERSITA',25**

CAP: **00185**

Città: **ROMA**

Prov.: **RM**

Cod. fiscale/Partita IVA: **13949681004**

**Cosa assicuriamo**

Esercizio dell'attività: **Assistenza specialistica, chirurgica ed infermieristica**

con sede ubicata in: **VIALE DELL'UNIVERSITA',25**

Città: **ROMA**

Provincia: **RM**

CAP: **00185**

Garanzie sottoscritte e Condizioni assicurative		Premi Lordi annui
<b>Responsabilità Civile</b>	Terzi (RCT) Massimale <b>€ 2.000.000</b> Addetti (RCO) Massimale <b>€ 2.000.000</b> Franchigia attività non sanitaria <b>€ 1000</b> Franchigia attività sanitaria <b>€ 5000</b> Fatturato di <b>€ 14.000.000</b> Tasso lordo di regolazione del <b>2,2</b> per mille <b>Premio minimo pari all'anticipato</b>	
<b>Condizioni aggiuntive</b>	Colpa grave dei dipendenti esercenti la professione sanitaria Colpa grave del Direttore sanitario/Responsabile unità operative-funzionali Colpa grave esercenti la professione sanitaria (attività libero-professionale) Colpa grave personale sanitario universitario e specializzandi	

**Durata e dati assicurativi**

Decorrenza dalle ore **24:00** del **08/03/2025**

alle ore **24:00** del **08/03/2026**

Frazionamento: **Trimestrale**

Con rate in scadenza il: **08/06 08/09 08/12 08/03**

Polizza sostituita n.

Con scadenza rata il:

Regolazione premio: **SI**

**Premio complessivo**

	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata (*)	€ [REDACTED]	€ [REDACTED]	€ [REDACTED]
Seguenti	€ [REDACTED]	€ [REDACTED]	€ [REDACTED]

(\*) al netto dell'abbuono per sostituzione

## Veridicità informazioni fornite dal Contraente

Ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 1892-1893-1894 del Codice Civile il Contraente dichiara di essere consapevole che le informazioni ed i dati forniti costituiscono elemento essenziale per la validità e l'efficacia del contratto e che la Società presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio in base alle dichiarazioni rese.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente possono compromettere totalmente o parzialmente il diritto all'indennizzo nonché comportare la cessazione stessa dell'assicurazione.

In particolare il Contraente dichiara che:

- Non si conoscono circostanze che possano far presumere richieste di risarcimento danni;
- Negli ultimi tre anni si sono verificati **0** sinistri;
- Non esistono altre assicurazioni con altre Compagnie per i rischi previsti nella presente polizza;

L'assicurazione è regolata dalle norme riportate nel presente documento e da quelle contenute nel modello SIN479RC ed. 11/2024 denominato "Responsabilità Civile Rischi Diversi - Set Informativo", contenente la documentazione precontrattuale e le Condizioni di Assicurazione modello CA479RC ed. 11/2024 (complete di Glossario) che il Contraente dichiara di aver preliminarmente ricevuto, ai sensi del regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018, nonché dalle Condizioni Speciali di assicurazione: RC0011; riportate nell'allegato mod. CSAV01, norme che dichiara dunque di aver letto, conoscere, ricevuto in copia ed accettare.

Sara Assicurazioni Spa  
Il Direttore Generale



Il Contraente



Il Gruppo SARAMEDESIN  
Sede Leg.: Viale dell'Università, 25  
00185 ROMA

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle Condizioni di Assicurazione: 004

Assicurazione:

## Norme comuni che regolano il contratto di assicurazione

NC. 7 – Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

## Cosa fare in caso di sinistro

- SX. 1.1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro che colpisca la garanzia Responsabilità Civile verso Terzi  
 SX. 1.2 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro che colpisca la garanzia Responsabilità Civile verso gli Addetti  
 SX. 6 – Gestione delle vertenze di danno

## Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Il sottoscritto Contraente:

- dichiara di aver preso visione dell'informativa (Informativa Preventivi e Polizze v.1.0);
- acconsente al trattamento dei miei dati sanitari, quando forniti per l'esecuzione del contratto, necessario a dare attuazione al rapporto giuridico – la polizza - da concludere o in essere con Sara Assicurazioni, ivi compresa la comunicazione a società di coassicurazioni e/o di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato.

Il Contraente



Il Gruppo SARAMEDESIN  
Sede Leg.: Viale dell'Università, 25  
00185 ROMA

Cod. Fisc. e P. IVA 13949681004

## Documenti informativi pre-contrattuali e contrattuali

Ai sensi degli articoli 56 e 58 del Regolamento Ivass n. 40 del 2018, come modificato e integrato, il sottoscritto dichiara di avere ricevuto prima della sottoscrizione la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti, tra cui, in particolare, a titolo non esaustivo, i documenti informativi precontrattuali previsti dalle citate norme e inerenti a:

1. Dati essenziali degli intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse e gli strumenti di tutela del contraente (**allegato 3 al Regolamento Ivass n. 40 del 2018**);
2. Dati essenziali dell'attività distributiva effettuata dagli intermediari in riferimento al prodotto assicurativo non-IBIP (**allegato n.4 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
3. Elenco delle regole di comportamento del distributore (**allegato n.4-ter al Regolamento IVASS n. 40 del 2018**);
4. documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Il Contraente



Il Gruppo SARAMEDESIN  
Sede Leg.: Viale dell'Università, 25  
00185 ROMA

Cod. Fisc. e P. IVA 13949681004

## Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

- a) assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati a Sara assicurazioni spa, oppure intestati all'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- b) ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- c) denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- d) mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo bancomat, assegno, bonifico bancario la data di versamento del premio coincide con la data di effettivo accredito sul conto corrente intestato alla Società.

I pagamenti elettronici relativi ai premi assicurativi successivi al primo possono anche essere effettuati accedendo all'Area Riservata presente sul sito [www.Sara.it](http://www.Sara.it) utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.

Il pagamento di € 1.000,00 a saldo della prima rata di premio è stato effettuato il \_\_\_\_\_ per l'Agenzia

(d.c. del \_\_\_\_\_)



## Consenso all'invio digitale della documentazione precontrattuale e contrattuale

- Ove previsto, scelgo di ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale tramite e-mail  
 Scelgo di ricevere la documentazione precontrattuale e contrattuale su supporto cartaceo.

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto stipulato. La documentazione è disponibile in ogni caso nella Sua area riservata, cui può accedere dal sito [www.sara.it](http://www.sara.it) o dall'app SaraConMe.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicate tempestivamente a Sara assicurazioni per il tramite dell'agenzia, o dall'area riservata sopra indicata nonché scrivendo all'indirizzo [assistenzaclienti@sara.it](mailto:assistenzaclienti@sara.it)

E' sempre possibile rivolgersi alla sua agenzia di riferimento per la consegna di copia gratuita cartacea della documentazione relativa alla polizza, nonché per consulenza o per ottenere informazioni sul contratto.

Potrà sempre modificare la propria scelta in ordine alle modalità di ricezione della documentazione precontrattuale e contrattuale, comunicando la modifica ai recapiti sopra riportati.

## Consenso all'invio delle comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del contratto

Ove previsto, scelgo di ricevere le comunicazioni obbligatorie successive alla stipula del contratto:

- tramite e-mail all' indirizzo [gfalzoi@plussimple.com](mailto:gfalzoi@plussimple.com) ,che qui confermo  
 su supporto cartaceo mediante posta all'indirizzo [di residenza indicato in polizza].  
 su area riservata

Tale scelta fa riferimento esclusivamente al presente contratto stipulato e per le comunicazioni successive alla presente scelta.

Eventuali aggiornamenti/variazioni del suo indirizzo e-mail dovranno essere comunicate tempestivamente a Sara assicurazioni per il tramite dell'agenzia, o dall'area riservata sopra indicata nonché scrivendo all'indirizzo [assistenzaclienti@sara.it](mailto:assistenzaclienti@sara.it)

Potrà sempre modificare la propria scelta in ordine alle modalità di ricezione delle comunicazioni obbligatorie, comunicando la propria scelta ai recapiti sopra riportati.

Il Contraente

  
A.D. Gruppo Sara Edizione  
Sede Leg.: Viale dell'Università, 25  
00185 ROMA  
Cod. Fisc. e P. IVA 13949681004



POC406503500474234