Responsabilità Civile Rischi Diversi - SP479RC

Polizza: **50 3500540048**

sara divisione ala

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
Responsabilità Civile	Professionale e verso Terzi (RCP/RCT) Addetti (RCO)	Massimale per sinistro/anno **€ 5.000.000/15.000.000** Massimale per sinistro/anno **€ 5.000.000/5.000.000**	**€** [redacted]
	Franchigia attività non sanitaria **€ 1.000** Self Insured Retention (SIR) **€ 10.000** **Fatturato di € 14.700.000** Tasso lordo di regolazione del **2,9** per mille **Premio minimo pari all'anticipato**		
Condizioni aggiuntive	Rinuncia alla rivalsa Rinuncia alla rivalsa in caso di professione sanitaria (solo per le Strutture private) Rinuncia alla rivalsa per gli addetti volontari (solo per le Strutture private) Self Insured Retention (SIR)		

Durata e dati assicurativi

Decorrenza dalle ore **24:00** del **13/10/2026** alle ore **24:00** del **08/03/2027** Frazionamento: **Trimestrale**

Con rate in scadenza il: **08/12 08/03 08/06 08/09** Polizza sostituita n. **3500474234** 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

Dichiarazioni del Contraente

Veridicità informazioni fornite dal Contraente

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;
- A parziale deroga dell'art. "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione", il contratto non prevede il tacito rinnovo né, di conseguenza, il periodo di tolleranza di 15 giorni di cui all'ultimo comma dell'art. "Pagamento del premio e decorrenza della garanzia.".

L'assicurazione è regolata dalle norme riportate nel presente documento e da quelle contenute nel modello SINF479RC ed. 04/2026 denominato "Responsabilità Civile Rischi Diversi - Set Informativo", contenente la documentazione precontrattuale e le Condizioni di Assicurazione modello CA479RC ed. 04/2026 (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 _____

A.D.I. - Gruppo SANIMEDICA Srl
Sede Leg.: Viale dell'Università, 25
00185 ROMA
Cod. Fisc. e P. IVA 13949681004

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:

Cosa fare in caso di sinistro

SX. 1.1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro che colpisca la garanzia Responsabilità Civile Professionale e 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

Eccezioni opponibili da Sara Assicurazioni al terzo danneggiato in caso di Azione diretta (ai sensi del Decreto Ministeriale n. 232 del 15/12/2023 - Art. 8 comma 1)

In caso di azione diretta, Sara Assicurazioni può proporre al danneggiato le eccezioni sottoscritte ed accettate dall'Assicurato di seguito elencate:

a) sinistri derivanti da fatti dannosi connessi allo svolgimento di attività non oggetto della copertura assicurativa;
b) i fatti generatori di responsabilità verificatisi e le richieste di risarcimento presentate al di fuori dei periodi di retroattività e ultrattività come disciplinati agli articoli Efficacia temporale della garanzia;
c) mancato pagamento del premio;
d) limitatamente ai soggetti indicati nell'Art. 10 comma 1 della Legge 8 marzo 2017 n. 24 (Legge Gelli - Bianco) le franchigie/scoperti indicati nella scheda di polizza e/o nelle Tabelle riassuntive dei limiti, franchigie e scoperti delle Condizioni di Assicurazioni.

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 _____

A.D.I. - Gruppo SANIMEDICA Srl
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:
- Modulo Unico Precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi, Allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018;
- Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Il Contraente _____

A.D.I. - Gruppo SANIMEDICA Srl
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 utilizzando le credenziali di accesso in vostro possesso o ricevute al momento della sottoscrizione.

Il pagamento di € [redacted] a saldo della prima rata di premio è stato effettuato il _____

(d.c. del _____) per l'Agenzia _____