

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

Polizza N° RCI00010001537		Polizza Sostituita N° -		Prodotto AmTrust Istituti Clinici - Ed. 03/2020 Agg. 05/2022	
Regolazione SI	Convenzione -		Intermediario FIT S.R.L. SOCIETA' BENEFIT		Sub Codice AG051
Tot. Allegati -					

### Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale <b>POLILAB SRL</b>			Codice Fiscale <b>01925830596</b>		Partita IVA <b>01925830596</b>
Sede legale <b>VIA REGINA CAMILLA, 13/17</b>		Comune <b>PRIVERNO</b>		Prov <b>LT</b>	Cap <b>04015</b>
Nazione <b>IT</b>					

### Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 01/04/2023	Scade alle ore 24 del 01/04/2024	Tacito rinnovo Sì
--	-------------------------------------	----------------------

### Fatturato

Fatturato Preventivato 500.000,00	Tasso lordo di Regolazione 9,1303
--------------------------------------	--------------------------------------

### Tasso lordo di Regolazione

### Dati di pagamento

Frazionamento Annuale	Prossima quietanza il 01/04/2024
--------------------------	-------------------------------------

### Premio alla Firma

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
3.734,15	0,00	3.734,15	830,85	4.565,00

### Premio Rate Future

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
3.734,15	0,00	3.734,15	830,85	4.565,00

### Premio minimo Annuo

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
3.734,15	0,00	3.734,15	830,85	4.565,00

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 04/04/2023

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

<b>Garanzia acquistata</b>	<b>Garanzia base</b>	<b>Data inizio Retroattività di Garanzia</b>
X	Responsabilità civile e professionale verso Terzi (RCT) e Responsabilità civile verso i prestatori di lavoro (RCO)	01/04/2013

<b>Massimale complessivo di Polizza (euro)</b>		
<b>Per Periodo di Assicurazione</b>	<b>Per Sinistro</b>	<b>Per Serie di Sinistri</b>
1.000.000,00	1.000.000,00	1.000.000,00

### Garanzie aggiuntive opzionali

<b>Garanzia acquistata</b>	<b>Garanzia aggiuntiva opzionale</b>	<b>Sottolimito di Indennizzo per sinistro e Periodo di Assicurazione (euro)</b>
NO	Direttore sanitario	1.000.000,00
SI	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

<b>Franchigia per sinistro (euro)</b>
2.500,00

## 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)	-	11500

(\*) 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

### 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).	***
--	-----

## 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)	<b>FIRMA CONTRAENTE</b>
---	-------------------------

#### **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	<b>FIRMA CONTRAENTE</b>
--	-------------------------

#### **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.	<b>FIRMA CONTRAENTE</b>
---	-------------------------

#### **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	<b>FIRMA CONTRAENTE</b>
--	-------------------------

### 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.	<b>AmTrust Assicurazioni S.p.A.</b> L'Amministratore Delegato <i>Emmanuel Nette</i>	<b>FIRMA CONTRAENTE</b>
--	---	-------------------------

Emesso il 01/04/2023 in MILANO