

AMTRUSTPoliambulatori

Scheda di Polizza

Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Polizza N° RCI00010002322	Polizza Sostituita N° -	Prodotto AmTrustPoliambulatori Ed.07/2023 Agg. 03/2024
Intermediario AMTRUST INSURANCE AGENCY ITALY SRL		Codice Nodo AG013

Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale C.R.S. CENTRO DI RIABILITAZIONE SANITARIA	Codice Fiscale 06671121215	Partita IVA 06671121215		
Sede legale VIA G. PALMIERI, 67	Comune NAPOLI	Prov NA	Cap 80147	Nazione IT

Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 04/06/2024	Scade alle ore 24 del 04/06/2025	Frazionamento Annuale	Tacito rinnovo Sì	Prossima Quietanza il 04/06/2025
--	-------------------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------------

Premio alla Firma

Premio Netto (euro) 15.668,71	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 15.668,71	Imposte (euro) 3.486,29	Totale Premio (euro) 19.155,00
----------------------------------	-------------------	---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

Premio Rate Future

Premio Netto (euro) 15.668,71	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 15.668,71	Imposte (euro) 3.486,29	Totale Premio (euro) 19.155,00
----------------------------------	-------------------	---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

Premio Annuo

Premio Netto (euro) 15.668,71	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 15.668,71	Imposte (euro) 3.486,29	Totale Premio (euro) 19.155,00
----------------------------------	-------------------	---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

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 _____

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.



AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)

AMTRUST Poliambulatori

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

Dati del rischio

Fatturato (euro)	7.047.000,00
Attività di Radiologia e/o Ginecologia	NO
Data inizio retroattività	04/06/2024
Massimale per Sinistro* (euro)	2.000.000,00
Franchigia per Sinistro (euro)	-

* Il Massimale per Periodo di Assicurazione e per Serie di Sinistri è pari a:

- € 3.000.000 per le strutture ambulatoriali che erogano prestazioni anche in ambulatori non protetti ivi compresi i laboratori di analisi
- € 6.000.000 per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto

RCO - Massimale (euro)

Per Sinistro e per Periodo di Assicurazione
2.000.000

Garanzie operanti

Operante	Garanzia Base
SI	Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (RCO)
Operante	Garanzia Aggiuntiva Opzionale
SI	Responsabilità personale e Professionale del Personale in regime Libero Professionale

AMTRUST Poliambulatori

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.	SI
---	----

Con riferimento agli articoli 1892, 1893, 1894 e 1910 cod. civ., il Contraente dichiara che:

Sinistrosità progressa

Con riguardo ai rischi assicurati con la presente Polizza 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
--	----

Massimali minimi di garanzia

Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede per le strutture ambulatoriali che erogano prestazioni anche in ambulatori non protetti, ivi compresi i laboratori di analisi un massimale per sinistro non inferiore a € 1.000.000,00 e per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto un Massimale per Sinistro non inferiore a € 2.000.000,00 la Società invita ad acquistare un Massimale per Sinistro conforme. L'acquisto di un Massimale per Sinistro inferiore rispettivamente a € 1.000.000 (un milione) e a € 2.000.000,00 (due milioni) avviene nella piena consapevolezza del Contraente e dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente).	SI
--	----

Retroattività inferiore a 10 anni

Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede una Retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare una Retroattività adeguata agli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di una Polizza priva di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'Istituto che inizia l'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
---	----



AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com
Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019
Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •
Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165
Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)



**BANCA
GENERALI
PRIVATE**

24 giugno 2024 10.34

Bonifico Ordinario

Ordinante

Data Inserimento Disposizione: 31/05/2024
Data Valuta Addebito: 31/05/2024
No. rapporto: [REDACTED]
Ordinante: C.R.S. CENTRO DI RIABILITAZIONE SANITARI

Estremi del bonifico

Divisa: EUR
Importo: 19.155,00
Data Valuta Accredito: 03/06/2024
Commissioni: 0,00
Spese: 0,00
Penale Antergata: 0,00
Penale Coordinate: 0,00
Importo Totale: 19.155,00
CRO: 59898445807
ID: 5989844580700000480220003400IT

Beneficiario

Cognome e Nome/
Ragione Sociale: F. E C. CONSULTING SRL
Indirizzo:
Cap/Loc/Provincia/Stato: 80100 / NAPOLI / NA / IT
Stato di Residenza: IT
Coordinate Bancarie: IT29H0306903568100000001426 - BCITITMMXXX
Banca: INTESA SANPAOLO SPA
Filiale: NAPOLI 35
Indirizzo Filiale: VIA O. FRAGNITO, 28-52
Causale: emissione polizza rc CRS