

Appendice di variazione generica Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Appendice N° AP01	Polizza N° RCI00010003113	Prodotto AmTrust Istituti Clinici - Ed.03/2020 Agg.03/2024
Intermediario AMTRUST INSURANCE AGENCY ITALY SRL		Sub Codice AG013

Dati del Contraente /Assicurato

Denominazione / Ragione sociale SANITAS S.R.L.	Codice Fiscale 10779150969	Partita IVA 10779150969		
Sede legale STELVIO,16	Comune SETTIMO MILANESE	Prov MI	Cap 20019	Nazione IT

Con la presente Appendice, che forma parte integrante della Polizza sopra indicata, si precisa che il Massimale per periodo di assicurazione è da intendersi pari ad €9.000.000,00.

Fermo ed invariato il resto.

Emesso il <u>09/06/2025</u> in <u>MILANO</u>	AmTrust Assicurazioni S.p.A. L'Amministratore Delegato Matteo Baviello 	FIRMA CONTRAENTE
--	--	------------------

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

Polizza N° RCI00010003113	Polizza Sostituita N° RCI00010000199	Prodotto AmTrust Istituti Clinici - Ed.03/2020 Agg.03/2024		
Regolazione SI	Convenzione -	Intermediario AMTRUST INSURANCE AGENCY ITALY SRL	Sub Codice AG013	Tot. Allegati -

Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale SANITAS S.R.L.		Codice Fiscale 10779150969	Partita IVA 10779150969	
Sede legale STELVIO, 16		Comune SETTIMO MILANESE	Prov MI	Cap 20019
			Nazione IT	

Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 08/05/2025	Scade alle ore 24 del 08/11/2025	Tacito rinnovo Sì
--	-------------------------------------	----------------------

Fatturato

Fatturato Preventivato 1.300.000,00	Tasso lordo di Regolazione 16,2024
--	---------------------------------------

Tasso lordo di Regolazione

Dati di pagamento

Frazionamento Semestrale	Prossima quietanza il 08/11/2025
-----------------------------	-------------------------------------

Premio alla Firma

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
8.615,13	0,00	8.615,13	1.916,87	10.532,00

Premio Rate Future

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
8.615,13	0,00	8.615,13	1.916,87	10.532,00

Premio minimo Annuo

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
17.230,26	0,00	17.230,26	3.833,74	21.064,00

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)	08/11/2015

RCT - Massimale (euro) *
Per Sinistro 3.000.000,00

* 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 / laboratori di analisi
- € 6.000.000 per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala
- € 15.000.000 per le strutture che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala

RCO - Massimale (euro)
Per Sinistro e per Periodo di Assicurazione 2.000.000

Garanzie aggiuntive opzionali

Garanzia acquistata	Garanzia aggiuntiva opzionale	Sottolimito di Indennizzo per sinistro e Periodo di Assicurazione (euro)
NO	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)
5.000,00

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

GRUPPO 7 - ATTIVITÀ SOCIOASSISTENZIALE PRESSO TERZI

Dati del Rischio

TIPOLOGIA ADDETTO COMPARTO	N° ADDETTI COMPARTO
Infermiere professionale	120
Operatore sociosanitario (OSA, OTA, OSS)	-
Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva e tecnico della riabilitazione psichiatrica	-
Sociologo	-
Psicologo	-
Educatore professionale	-
Osteopata e Chiropratico	-
Ostetriche (escluse attività ostetrica a domicilio ove non supervisionata da un medico)	-
Altre figure professionali sanitarie non mediche	-
Personale medico (esclusivamente visite di geriatria, oncologia, medicina generale)	-

(*) Ai fini della copertura assicurativa sono assicurate solo tipologie di addetti del Comparto per le quali è indicato il numero di addetti

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 pregressa

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 in relazione allo svolgimento dell'Attività Assicurata	NO
---	----

Sinistrosità pregressa solo per acquisto della Garanzia "Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali"

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

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 non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala un massimale per sinistro non inferiore a € 2.000.000,00 e per le strutture che svolgono anche attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala un massimale per sinistro non inferiore a €5.000.000,00 la Società invita ad acquistare un Massimale per Sinistro conforme. L'acquisto di un Massimale per Sinistro inferiore rispettivamente a € 2.000.000 (due milioni) e a € 5.000.000,00 (cinque 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
---	----

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)	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. 6.1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Art. 8 – Effetto e durata della Polizza; Art. 15 – Variazioni contrattuali a scadenza	FIRMA CONTRAENTE
---	-------------------------

Eccezioni opponibili

Il Contraente dichiara, con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed ai sensi dell'art. 8 del Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 3.1 Esclusioni applicabili a tutte le Strutture Sanitarie Assicurate; - Art. 4.2 Franchigia e gestione dei Sinistri in franchigia – Art. 7 Pagamento, regolazione e rimborso del Premio	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
---	-------------------------

Presenza 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), che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.	AmTrust Assicurazioni S.p.A. L'Amministratore Delegato Matteo Baviello 	FIRMA CONTRAENTE
--	---	-------------------------

Emesso il 30/05/2025 in MILANO