Responsabilità Civile Rischi Diversi - SP479RC

Polizza: **50 48236FP**

sara

Dati Contraente/Assicurato

PROMETEO SOCIETA' COOPERATIVA SOCIALE O.N.L.U.S. Cod.Cliente: 14827989

Residenza: **VIA ALLE MOTTE,1**

CAP: **28819** Città: **VIGNONE** Prov.: **VB**

Cod. fiscale/Partita IVA: **01561890037**

Cosa assicuriamo

Esercizio dell'attività: **Residenza assistenziale sanitaria**

con sede ubicata in: **VIA ALLE MOTTE,1** Città: **VIGNONE** Provincia: **VB** CAP: **28819**

Garanzie sottoscritte e Condizioni assicurative		**Premi Lordi annui**
Responsabilità Civile	Terzi (RCT) Massimale **€ 6.000.000** Addetti (RCO) Massimale **€ 6.000.000** Franchigia attività non sanitaria **€ 500** Franchigia attività sanitaria **€ 500** Numero posti letto **150** Fatturato di **€ 6.350.000** Tasso lordo di regolazione del **3** per mille **Premio minimo pari all'anticipato**	**€ 18.000,00**
Condizioni aggiuntive		
	Dolo o Colpa grave dei dipendenti non esercenti la professione sanitaria 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 Colpa grave volontari Colpa grave di prestatori di lavoro autonomo che svolgono attività non sanitaria	

Durata e dati assicurativi

Decorrenza dalle ore **24:00** del **09/12/2024** alle ore **24:00** del **09/12/2025** Frazionamento: **Annuale**

Con rate in scadenza il: **09/12** Polizza sostituita n. Con scadenza rata il:

Regolazione premio: **SI**

Premio complessivo

		Imponibile		Imposte		Totale
Prima rata (*)	€	**14.723,91**	€	**3.276,09**	€	**18.000,00**
Seguenti	€	**14.723,91**	€	**3.276,09**	€	**18.000,00**

(*) al netto di abbuono per sostituzione

Dichiarazioni del 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;

L'assicurazione è regolata dalle norme riportate nel presente documento e da quelle contenute nel modello SINF479RC 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 PR M
Società Coop ativa Sociale .U.S.
Via M e, - 28 19 VIGI E (VB)
P. , R. 56 89003
Tel. 0323 550221

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:

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

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 n [illegible] Assicurazioni [illegible], anche la comunicazione a società di consulenza e riassicurazione, operanti con autonomia titolare del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato

Il Contraente PROMETEO
So Cooperativa So ale O.N.L .S.
otte, 1 - 2881 (VB)
.IVA, C.F., R.I. V.C.O. 0156189003
Tel. 0323 550221

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 precisati a:

1. Dati essenziali degli intermediari, le situazioni di potenziale conflitto di interesse o gli strumenti di tutela del contraente **(allegato 3 al Regolamento Ivass . 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. Il fenico 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 PR M EO
ài a Socia . . .S.
ia Motte, 1 - 28819 VIGNONE (VB)
P.IVA, C.F., R.I. V.C.O. 0156189003
Tel. 0323 550221

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 e ricevute al momento della sottoscrizione.

Il pagamento di € 18.000,00 a saldo della prima rata di premio è stato effettuato il 10/1/2026
(d.c. del) per l'Agenzia

Sara Assicurazioni Spa
Agente Roma Menichella
Esseleti Assicurazioni s.a.s.
di Turnone Bellucci & C.

Polizza: n. **50 48236FP**

sara

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 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
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
- ☒ 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

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
PROTEO
tà Coop ativa Soci e O.N.L.U.S
Motte, - 28819 GNONE (V
.IVA
Tel. 032 550221

POM126504