

Responsabilità Civile

A CONTRATTO N.
50 42455JX

Mod. 479RC Ed. 11/2016

Agenzia
AGENZIA DI ROMA CIVITAVECCHIA

Sub Agenzia Ag./Subag. Prod.
1130

Contraente
FISIOMED SRL Cod.Cliente: 99968908

indirizzo
VIALE XXV APRILE, 27/29

comune cap provincia
PRIVERNO 04015 LT

codice fiscale/partita IVA
02120420597 02120420597

coassicurazione SARA % delega
== ESCLUSIVA O NESSUNA



descrizione del rischio

(Valida in quanto richiamato il relativo codice rischio)

Ambulatori e simili - Codice rischio 02.50.00

Poliambulatorio e Riabilitazione Neuromotoria dell'età evolutiva

Regolazione premio: **SI** premio minimo pari all'anticipato

quanto assicuriamo

RCT Massimale per sinistro **€ 1.500.000,00** RCO Massimale per sinistro/per persona **€ / 1.500.000,00**
Franchigia minima danni a cose **€ 250,00**

premio da pagare in rate **Annuale** in scadenza il **31/12** di ogni anno

RATE	Premio netto	Accessori	Imposte	Totale
prima	€ 1.735,27	€ 173,52	€ 424,71	€ 2.333,50
seguenti	€ 2.602,71	€ 260,27	€ 637,02	€ 3.500,00

DURATA DEL CONTRATTO

dalle ore 24 del **30/04/2023** alle ore 24 del **31/12/2024** prima quietanza dal **31/12/2023**

POLIZZA SOSTITUITA n. _____ per _____ (*) al netto dell'abbuono persostituzione

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. Relativamente alle garanzie prestate ed alle cose assicurate:

- 1) Il Contraente dichiara che non si sono verificati sinistri negli ultimi 3 anni e non esistono altre assicurazioni;
- 2) Il Contraente dichiara che nell'ultimo biennio non gli sono state annullate da altre Società polizze a garanzia dello stesso rischio;

Sara Assicurazioni S.p.A.

Il Direttore Generale



Il Contraente _____

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle "Norme che regolano il contratto":

Art.7	Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro.
Art.8	Recesso in caso di sinistro.
Art.9	Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
Art.15	Rischi esclusi dall'assicurazione
Art.16	Regolazione del premio (qualora prevista)
Art.18	Spese legali -Gestione delle vertenze di danno

Qualora sia assicurata la proprietà di fabbricati il Contraente/Assicurato dichiara che i fabbricati assicurati sono rispondenti ai requisiti legali di abitabilità e agibilità, e si trovano in buone condizioni di statica e manutenzione.

L'assicurazione è regolata dalle norme riportate nel presente documento e da quelle contenute nel modello SINFA479RC ed. 01/2019 denominato "Rischi Diversi - Set Informativo", contenente la documentazione precontrattuale e le Condizioni di Assicurazione modello 60RCD ed.11/2016 (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: BROKER; RC0011; DERPAG; DERSIN; STRUBI; STRSAN; riportate nell'allegato mod. [CSAV01], norme che dichiara dunque di aver letto, conoscere, ricevuto in copia ed accettare.

Il Contraente _____

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 _____

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 € 2.333,50 a saldo della prima rata di premio è stato effettuato il _____

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

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



PO11305042455JX

Polizza n. **50 42455JX** - Contraente **FISIOMED SRL**

Gentile Cliente,

Sara Assicurazioni le mette a disposizione **un servizio** che apre le porte della sua **agenzia alla multicanalità** e le consente di avere **sempre sotto controllo lo stato dei suoi contratti e le informazioni relative alla sue coperture assicurative**.

All'interno dell'"**Area personale**", disponibile sul sito web www.sara.it, potrà trovare tutte le informazioni sui contratti Danni/Vita, sui pagamenti, sullo stato degli eventuali sinistri e i recapiti della sua Agenzia alla quale potrà rivolgersi per qualsiasi necessità.

Per accedere alla sua "Area personale" **dovrà effettuare prima la REGISTRAZIONE**, inserendo il **CODICE CLIENTE** (presente sulla sua polizza Sara Assicurazioni), un numero di polizza tra quelle attive in suo possesso e un indirizzo e-mail valido.

Soltanto dopo aver completato la registrazione, potrà accedere **alla sua "Area Personale"** utilizzando il **CODICE CLIENTE** e la **PASSWORD** che avrà ricevuto all'indirizzo e-mail inserito.

Per maggiori informazioni può rivolgersi direttamente al suo Agente o visitare il sito www.sara.it