



AGENZIA DI										LUISE FABIO										CODICE										NUMERO DI POLIZZA										NUMERO DI VARIAZIONE										SUB AGENZIA										SIRE																													
										LUISE FABIO										FAV										2025/07/6340050																				002										03005																													
CONTRAENTE										IATREION EMODIALISI S.R.L.																														CODICE FISCALE O PARTITA IVA										02726590611																																							
DOMICILIO										VIA GIUSEPPE DE FALCO 20										CASERTA																				CE										C.A.P. 81100																																							
DECORRENZA CONTRATTO										SCADENZA CONTRATTO										DURATA CONTRATTO										DATA PRIMA SCADENZA										RATEAZIONE										INDICIZZAZIONE																																							
g. 21 m. 09 a. 2025										g. 21 m. 09 a. 2026										a. 01 m. 00 g. 00										g. 21 m. 09 a. 2026										Annuale										si/no NO																																							
N PARTE										SOSTITUISCE LE POLIZZE										COASSICURAZIONE										NS. DELEGA										NS. QUOTA										COD. DEL.										DELEGATARIA										N. POLIZZA DELEGATARIA																			
si/no										AGENZIA FAV										RAMO 07										N. DI POLIZZA 2024/07/6325224										m. 09 a. 2025																																																	
NO																														5.200,00										520,00										0,00										1.272,70										TOTALE PRIMA RATA EURO 6.992,70																			
																														TOTALE PREMIO NETTO										ACCESSORI										DIRITTI										IMPOSTA										TOTALE RATE SUCCESSIVE EURO																			
																														5.200,00										520,00										0,00										1.272,70										6.992,70																			
TAC.RINNOVO NO										REG.PREMIO SI										TEMP. NO										T.PROD. 0										CODICE RISCHIO 23024										RESCINDIBILE SI 09 26										RISCHIO COMUNE										POLIZZA COLLEGATA										CODICE DI AGGREGAZIONE 0000001027									
si/no										si/no										si/no																														si/no m. a.										Agenzia Ramo N. Polizza										Agenzia Ramo N. Polizza																			

www.italiana.it

AGENZIA : LUISE FABIO POLIZZA n. : 2025/07/6340050

Formano parte integrante del contratto le Condizioni di Assicurazione Mod. RCG55121 Ed. 11/2021, che il Contraente dichiara di approvare, nonché il Mod. 54056.

La presente scheda di polizza è emessa a NAPOLI il 22/09/2025.

IL CONTRAENTE



ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.
Il Direttore Generale

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle Condizioni di Assicurazione Mod. RCG55121 Ed. 11/2021: art. 8 (Diritto di recesso della Società dopo ogni denuncia di sinistro); art. 9 (Proroga dell'assicurazione); art. 16 (Obbligo di comunicare alla Società tutti gli elementi per la regolazione del premio); art. 19 (Gestione delle vertenze di danno - Spese legali).

IL CONTRAENTE



Servizio Clienti Benvenuti in Italiana 800-101313
Dal lunedì al sabato dalle 8 alle 20

IL CONTRAENTE, con la firma, dichiara di aver ricevuto il DIP Danni Mod. RCG55121/DP Ed. 10/2018, il DIP aggiuntivo Danni Mod. RCG55121/DA Ed. 06/2025 e le Condizioni di Assicurazione comprensive del glossario dei termini Mod. RCG55121 Ed. 11/2021



Il premio è stato
incassato il

in

(l'Agente, Subagente od Esattore)


ITALIANA ASSICURAZIONI
(l'Agente, Subagente od Esattore)

ALLEGATO

AGENZIA : LUISE FABIO

POLIZZA n. : 2025/07/6340050 DELLA QUALE FORMA PARTE INTEGRANTE

CLAUSOLA

<body>Le Condizioni Contrattuali sono riportate nell allegato fascicolo Mod. RCG55121/SS-Edizione 01/2023.

- Il questionario allegato forma parte integrante del contratto.

- A parziale deroga dell art. 21 del suddetto normativo, sul contratto si intende operante una franchigia frontale di :

- euro 1.500 per danni a cose,
- euro 10.000 per danni da morte o da lesioni a persone.

- Si intendono operanti le seguenti Condizioni Facoltative del normativo sopra indicato:

- A) Rinuncia alla rivalsa per colpa grave;
- B) R.C. Personale del dipendente;
- C) Direttore sanitario.

Si prende atto che per migliorare l efficacia del trattamento emodialitico applicato viene svolto anche una terapia per un periodo di almeno 6 mesi per i pazienti dializzati arruolabili allo studio:

1. Programma di esercizio aerobio attraverso sessioni al cicloergometro di 30 minuti
2. Programma di esercizio anaerobio attraverso sessioni di 30 minuti di mobilizzazione degli arti inferiori contro resistenza mediante elastici</body>

IL CONTRAENTE

X

**ITALIANA ASSICURAZIONI S.p.A.
Il Direttore Generale**

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

In ottemperanza a quanto previsto dall'Art. 56, comma 8, del Regolamento Ivass n. 40/2018, il sottoscritto IATREION EMODIALISI S.R.L. dichiara di aver ricevuto e preso visione (indicare solo quelli consegnati):

- ☒ Dell'Allegato 3 al Regolamento Ivass n. 40/2018 "Modello Unico Precontrattuale per i prodotti assicurativi";
- ☒ Della documentazione informativa precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni.

_____, lì _____

Il Contraente / L'Assicurato



X _____



elemento di controllo per gestione documentale

VALUTAZIONE DELLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CONTRAENTE N: 7634941

AGENZIA DI LUISE FABIO

COD. AGENZIA FAV

INTERMEDIARIO LUISE FABIO

Così come disposto dal Regolamento IVASS n° 40/2018, il presente questionario ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, le informazioni **necessarie a valutare la coerenza del contratto che intende sottoscrivere rispetto alle sue esigenze.**

INFORMAZIONI DI BASE

Nome e Cognome /Ragione Sociale IATREION EMODIALISI S.R.L.

Codice Fiscale/ P. Iva 02726590611

Ubicazione / Indirizzo GIUSEPPE DE FALCO

N. 20

Città CASERTA

Prov. CE

CAP 81100

Telefono

E-mail SEGRETERIA@NEFROCENTER.IT

INFORMAZIONI PER L'ANALISI DELLE ESIGENZE ASSICURATIVE

Persona Fisica:

☐ SI

☒ NO

INFORMAZIONI PER L'ANALISI DELLE ESIGENZE ASSICURATIVA - Strutture Sanitarie

1) La Struttura Sanitaria oggetto della copertura è una struttura privata?

☒ SI

☐ NO

2) Quali delle seguenti garanzie desidera acquistare?

☒ Responsabilità Civile verso Terzi (RCT)

☒ Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (RCO)

3) Relativamente alla garanzia Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro (RCO), quale delle seguenti condizioni facoltative desidera acquistare?

☒ (A) Rinuncia alla Rivalsa verso i Prestatori di Lavoro esercenti la professione sanitaria

☒ (B) Direttore Sanitario

☐ (C) Gestione dei sinistri in Self Insurance Retention (S.I.R.)

☐ Nessuna delle precedenti

N.B. ALCUNE GARANZIE POSSONO PREVEDERE **LIMITAZIONI/ESCLUSIONI** DELLA PRESTAZIONE. IN PARTICOLARE, QUALORA IL PRODOTTO OGGETTO DELL'EVENTUALE ACQUISTO CONTENGA GARANZIE MALATTIE, LE FACCIAMO PRESENTE CHE LA POLIZZA POTREBBE NON OPERARE PER LE CONSEGUENZE DI SITUAZIONI PATOLOGICHE (INFORTUNI/MALATTIE) PREESISTENTI ALL'ACQUISTO STESSO.

IL SUO INTERMEDIARIO È A DISPOSIZIONE PER ILLUSTRARLE NEL DETTAGLIO OGNI CONTENUTO DI POLIZZA. LE RACCOMANDIAMO, COMUNQUE, DI LEGGERE ATTENTAMENTE LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CON SPECIFICO RIGUARDO ALLE PARTI EVIDENZIATE IN GRASSETTO.

Firma Intermediario

Firma potenziale Contraente

Data 22/09/2025


ITALIANA ASSICURAZIONI
(Agente Generale)

X