



AGENZIA DI	LUISE FABIO	CODICE	NUMERO DI POLIZZA	NUMERO DI VARIAZIONE	SUB AGENZIA	SIRE
LUISE FABIO		FAV	2025/07/6340945		002	03005
CONTRAENTE	VILLA S.ANDREA SRL		CODICE FISCALE O PARTITA IVA		02389860616	
DOMICILIO	V. CAPPELLA MASTANTUONO 4	MADDALONI			CE C.A.P.	81024
DECORRENZA CONTRATTO	SCADENZA CONTRATTO	DURATA CONTRATTO	DATA PRIMA SCADENZA	RATEAZIONE	INDICIZZAZIONE	
g. 20 m. 10 a. 2025	g. 20 m. 10 a. 2026	a. 01 m. 00 g. 00	g. 20 m. 10 a. 2026	Annuale	si/no NO	

SOSTITUISCE LE POLIZZE					NS. DELEGA	NS. QUOTA	COD. DEL.	DELEGATARIA	N. POLIZZA DELEGATARIA
N PARTE	AGENZIA	RAMO	N. DI POLIZZA	PAGATO AL	COASSICURAZIONE				
si/no	FAV	07	2024/07/6326105	m. 10 a. 2025					
NO					3.200,00	320,00	0,00	783,20	TOTALE PRIMA RATA EURO 4.303,20
					TOTALE PREMIO NETTO	ACCESSORI	DIRITTI	IMPOSTA	TOTALE RATE SUCCESSIVE EURO 4.303,20
					3.200,00	320,00	0,00	783,20	

TAC.RINNOVO	REG.PREMIO	TEMP.	T.PROD.	CODICE RISCHIO	RESCINDIBILE	RISCHIO COMUNE			POLIZZA COLLEGATA			CODICE DI AGGREGAZIONE
NO	SI	NO	0	23023	SI 10 26							
si/no	si/no	si/no			si/no m. a.	Agenzia	Ramo	N. Polizza	Agenzia	Ramo	N. Polizza	

L'imposta è maggiorata dell'1% per contributi antiracket e antiusura nei limiti di cui al D.M. 239/2002.

Il pagamento del premio è convenuto con rateazione Annuale.
È possibile pagare il premio nei seguenti modi: denaro contante (entro i limiti previsti dalla normativa in vigore), assegni bancari e circolari, bonifici bancari, bollettini postali, carte di debito/credito (in base alla vigente normativa).

RISCHIO ASSICURATO

La garanzia è prestata per la responsabilità civile derivante ai sensi di legge all' Assicurato nella sua qualità di:
GABINETTI ANALISI DIAGNOSI E TERAPIE AMBULATORIO DI EMODIALISI

Ubicazione: MADDALONI VIA CAPPELLA MASTRANTUONO 4

Posizioni INAIL: =====

MASSIMALI DI GARANZIA

R.C.T.
MASSIMALE PER SINISTRO 1.000.000
Con il limite PER PERSONA 1.000.000
Con il limite PER COSE 1.000.000

R.C.O.
MASSIMALE PER SINISTRO 1.000.000
Con il limite PER PERSONA 1.000.000

È operante la garanzia per la quale è stato indicato il massimale.

NORME AGGIUNTIVE

Si intendono operanti le Norme Aggiuntive di cui alle lettere ===== del Mod. RCG55121 Ed. 11/2021.

PREMIO

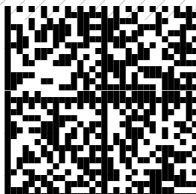
Mercedi/retribuzioni	===== x ===== %	Premio netto euro	=====
Valore	===== x ===== %	Premio netto euro	=====
Addetti	===== x =====	Premio netto euro	=====
Fatturato	800.000 x 4,00 %	Premio netto euro	3.200,00
Superficie/estensione	x	Premio netto euro	=====
Unità assicurate	=====	Premio netto euro	3.200,00
		TOTALE PREMIO NETTO ANNUO euro	3.200,00

Premio minimo per ciascun periodo assicurativo annuo (o minor periodo di assicurazione) euro 2.640,00 oltre l'imposta.

DICHIARAZIONI DELL'ASSICURATO

- a) Non si sono verificati sinistri o circostanze nell'ultimo biennio che hanno provocato o possono far presumere richieste di danno.
b) Nell'ultimo biennio non sono stati annullati contratti inerenti le garanzie prestate con la presente polizza.
c) Non esistono altre assicurazioni in corso per i medesimi rischi assicurati con la presente polizza.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal Contraente o dall'Assicurato possono compromettere il diritto alla prestazione.



elemento di controllo per gestione documentale



www.italiana.it

AGENZIA : LUISE FABIO POLIZZA n. : 2025/07/6340945

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 09/10/2025.

IL CONTRAENTE

x

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

x

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

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



x

Il premio è stato
incassato il

20/10/2025

in Napoli

(l'Agente, Subagente od Esattore)



ALLEGATO

AGENZIA : LUISE FABIO

POLIZZA n. : 2025/07/6340945 DELLA QUALE FORMA PARTE INTEGRANTE

CLAUSOLA

1) Le condizioni contrattuali sono riportate nell'allegato MOD. RCG55121/SS Ed. 01/2023.

2) Il questionario allegato forma parte del contratto.

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

- euro 1.500,00 per danni a cose,

- euro 10.000,00 per danni da morte o da lesioni a persone.

4) La polizza prevede una retroattività decennale con massimale aggregato per i dieci anni di euro 1.000.000,00.

5) 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.

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 VILLA S.ANDREA SRL 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: 7675474

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 VILLA S.ANDREA SRL

Codice Fiscale/ P. Iva 02389860616

Ubicazione / Indirizzo CAPPELLA MASTANTUONO

N. 4

Città MADDALONI

Prov. CE

CAP 81024

Telefono

E-mail

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 13/10/2025



x

DICHIARAZIONE DI PRESA VISIONE

In ottemperanza a quanto previsto dall'Art. 56, comma 8, del Regolamento Ivass n. 40/2018, il sottoscritto VILLA S.ANDREA SRL 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: 7675474

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 VILLA S.ANDREA SRL

Codice Fiscale/ P. Iva 02389860616

Ubicazione / Indirizzo CAPPELLA MASTANTUONO

N. 4

Città MADDALONI

Prov. CE

CAP 81024

Telefono

E-mail

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 13/10/2025



x