

Dichiarazioni del Contraente

Veridicità informazioni fornite dal Contraente

Al 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 1 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: SXPROF; 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

Ass. Scuola Viva ONLUS
Centro di Riabilitazione
Via Crespina 35 - 00146 Roma
Tel. 06.5500515 - Fax 06.5515909
P.IVA 02135331003

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

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 coassicurazione e/o di riassicurazione, operanti come autonomi titolari del trattamento, affinché queste possano effettuare ulteriori trattamenti in relazione al medesimo rischio assicurato.

Il Contraente

Ass. Scuola Viva ONLUS
Centro di Riabilitazione
Via Crespina 35 - 00146 Roma
Tel. 06.5500515 - Fax 06.5515909
C.F. 80232890584
P.IVA 02135331003

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:

- Modulo Unico Precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi, Allegato n. 3 al Regolamento IVASS n. 40 del 2018;
- Documento di sintesi degli esiti della valutazione delle richieste ed esigenze di copertura assicurativa.

Il Contraente

Ass. Scuola Viva ONLUS
Centro di Riabilitazione
Via Crespina 35 - 00146 Roma
Tel. 06.5500515 - Fax 06.5515909
C.F. 80232890584
P.IVA 02135331003

Mezzi di pagamento

Per il pagamento dei premi assicurativi il Contraente potrà fare ricorso, per tutti i prodotti, ai seguenti mezzi di pagamento:

- 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;
- ordini di bonifico che abbiano quale beneficiario l'Agente della Sara assicurazioni espressamente in tale qualità;
- denaro contante per premi di importo entro il limite previsto dalla vigente normativa;
- mezzo di pagamento elettronico ove disponibile presso l'Agenzia.

Qualora i pagamenti avvengano a mezzo boncomat, 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 € 14.300,00 a saldo della prima rata di premio è stato effettuato il 31/10/2025
(d.c. del _____) per l'Agenzia _____



NSA s.r.l.
Via A. Stroppani, 10
00187 Roma Italy
Tel. +39 06.36291711
Fax +39 06.99337365

Sara Assicurazioni Spa
Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia
Sede legale: Via Po, 20 - 00198 Roma
PEC: saraassicurazioni@sara.telecompost.it

T +39 06 8475.1 F +39 06 8475223
Capitale Sociale Euro 54.675.000 (i.v.)
Registro Imprese Roma e C.F. 00408780583
REA Roma n.117033 P.IVA 00885091009

Iscritta al n.1.00018 nell'Albo
delle imprese assicurative. Capogruppo
del Gruppo assicurativo Sara, iscritto
all'Albo dei gruppi assicurativi al n.001

sara

Responsabilità Civile Rischio Diversi - SP479RC

Polizza: 50 522090A

sara **Dati Contraente/Assicurato****ASSOCIAZIONE SCUOLA VIVA** Cod.Cliente: 25750929Residenza: **VIA Crespina,35**

CAP: 00146

Città: **ROMA**Prov.: **RM**

Cod. fiscale/Partita IVA: 02135331003

Cosa assicuriamoEsercizio dell'attività: **Attività di recupero rieducazione e riabilitazione**con sede ubicata in: **VIA Crespina,35**Città: **ROMA**Provincia: **RM**

CAP: 00146

Garanzie sottoscritte e Condizioni assicurative**Responsabilità Civile**

Terzi (RCT) Massimale € 1.000.000

Addetti (RCO) Massimale € 2.000.000

Franchigia attività non sanitaria € 250

Franchigia attività sanitaria € 2500

Fatturato di € 3.800.000

Tasso lordo di regolazione del 3,5 per mille

Premio minimo pari all'anticipato

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

Premi Lordi annui

€ 14.300,00

Durata e dati assicurativi

Decorrenza dalle ore 24:00 del 31/12/2025

alle ore 24:00 del 31/12/2026

Frazionamento: **Annuale**

Con rate in scadenza il: 31/12

Polizza sostituita n. 48429SW

Con scadenza rata il:

Regolazione premio: **SI****Premio complessivo**

	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata (*)	€ 11.697,33	€ 2.602,67	€ 14.300,00
Seguenti	€ 11.697,33	€ 2.602,67	€ 14.300,00

(*) al netto dell'abbuono per sostituzione