

# AMTRUST Residenze Sanitarie

Intermediario  
BROKER - SCAFIN s.r.l.

## Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

Polizza N° RCI00010003024	Polizza Sostituita N° RCI00010001109	Prodotto AmTrustResidenzeSanitarie Ed.07/2023 Agg.03/2024
Intermediario LINK SRL		Codice Nodo AG002

### Dati del Contraente / Assicurato

Denominazione / Ragione sociale FONDAZIONE CONTE DR. C. CARACCI ONLUS	Codice Fiscale 80006850202	Partita IVA 01569660200
Sede legale VIA ROMA, 46	Comune GAZZUOLO	Prov MN
		Cap 46010
		Nazione IT

### Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 20/04/2025	Scade alle ore 24 del 20/04/2026	Frazionamento Semestrale	Tacito rinnovo Si	Prossima Quietanza il 20/10/2025
--	-------------------------------------	-----------------------------	----------------------	-------------------------------------

### Premio alla Firma

Premio Netto (euro) 8.512,06	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 8.512,06	Imposte (euro) 1.893,94	Totale Premio (euro) 10.406,00
---------------------------------	-------------------	--------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

### Premio Rate Future

Premio Netto (euro) 8.512,06	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 8.512,06	Imposte (euro) 1.893,94	Totale Premio (euro) 10.406,00
---------------------------------	-------------------	--------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

### Premio Annuo

Premio Netto (euro) 17.024,12	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 17.024,12	Imposte (euro) 3.787,88	Totale Premio (euro) 20.812,00
----------------------------------	-------------------	---------------------------------------	----------------------------	-----------------------------------

Le imposte sono applicate al premio imponibile secondo quanto disposto dalle normative fiscali vigenti.  
I mezzi di pagamento utilizzabili sono, nei limiti delle norme vigenti, esclusivamente: assegno, bonifico, sistemi di pagamento elettronico, come regolamentato dall'Art. 8 delle Condizioni di Assicurazione. La modalità di pagamento (frazionamento) può essere annuale, semestrale, quadrimestrale o trimestrale.

**PAGATO**

L'importo del Premio alla Firma è stato pagato in data 17 APR. 2025

S.C.A. fin s.r.l.  
L'Amministratore Unico  
(Dr. *[Firma]*)

**AVVERTENZA: le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del presente contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.**

# AMTRUST Residenze Sanitarie

## Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

### Dati del rischio

Posti letto Psichiatria, Alzheimer e Riabilitazione	-
Altri posti letto	64

Fatturato (euro)	2.376.238,00
Tasso pro-mille	8,7584

Data inizio retroattività	20/04/2012
Massimale per Sinistro* (euro)	3.000.000,00
Franchigia per Sinistro (euro)	2.500,00

\* Il Massimale per Periodo di Assicurazione e per Serie di Sinistri è pari a:

- € 6.000.000 per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, ivi comprese le strutture socio sanitarie residenziali e semi residenziali

### **RCO - Massimale (euro)**

Per Sinistro e per Periodo di Assicurazione

**2.000.000**

### Garanzie operanti

Operante	Garanzia Base
Sì	Responsabilità Civile verso Terzi (RCT) e Responsabilità Civile verso Prestatori di lavoro (RCO)
Operante	Garanzia Aggiuntiva Opzionale
NO	Responsabilità personale e Professionale del Personale in regime Libero Professionale
NO	Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali

# AMTRUST Residenze Sanitarie

## Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

### Dichiarazioni del Contraente sul Rischio e sulla gestione della Polizza

Ai fini della gestione della Polizza, il Contraente dichiara che:

#### **Delega al Broker**

Ha affidato all'Intermediario indicato in Polizza, in qualità di Broker, il mandato a rappresentarlo ai fini della gestione della presente Assicurazione, pertanto ogni comunicazione fatta dalla Società all'Intermediario sarà considerata come fatta al Contraente o all'Assicurato, ed ogni comunicazione fatta dall'Intermediario alla Società sarà considerata come fatta dal Contraente o dall'Assicurato.	SI
---	----

Con riferimento agli articoli 1892, 1893, 1894 e 1910 cod. civ., il Contraente dichiara che:

#### **Sinistrosità pregressa**

Con riguardo ai rischi assicurati con la presente Polizza ha ricevuto negli ultimi 5 anni Richieste di Risarcimento o sono state instaurate nei suoi confronti azioni legali tese ad accertare la sua Responsabilità civile.	SI
--	----

#### **Massimali minimi di garanzia**

Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede per le strutture che non svolgono attività chirurgica, ortopedica, anestesiologicala e parto, ivi comprese le strutture sociosanitarie residenziali e semi residenziali un Massimale per Sinistro non inferiore a € 2.000.000,00 la Società invita ad acquistare un Massimale per Sinistro conforme. L'acquisto di un Massimale per Sinistro inferiore a € 2.000.000,00 (due milioni) avviene nella piena consapevolezza del Contraente e dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente).	SI
---	----

#### **Retroattività inferiore a 10 anni**

Con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed al Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, che prevede una Retroattività minima di 10 anni, la Società invita ad acquistare una Retroattività adeguata agli anni pregressi di attività. La Società inoltre invita gli Assicurati a prendere nota del fatto che la stipula di una Polizza priva di Retroattività è opportuna solo ed esclusivamente per l'Istituto che inizia l'attività, non avendo - lo stesso - alcun interesse ad assicurare proprie condotte per gli anni precedenti. L'acquisto di una Retroattività inferiore a 10 anni avviene nella piena consapevolezza del Contraente e dell'Assicurato (se persona diversa dal Contraente).	***
---	-----

#### **Sinistrosità pregressa solo per acquisto della Garanzia "Equiparazione a Richiesta di Risarcimento di atti attinenti ad indagini penali"**

Con riguardo ai rischi assicurati con la presente Polizza, è a conoscenza che, negli ultimi 5 anni, sono state avanzate azioni penali nei confronti di soggetti che operano a qualsiasi titolo presso o per conto dell'Istituto assicurato.	NO
---	----

# AMTRUST Residenze Sanitarie

## Scheda di Polizza Assicurazione per la Responsabilità Civile delle Strutture Sanitarie Private

### Dichiarazioni del Contraente

#### **Consegna Set Informativo**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione della Polizza, del Set Informativo (AmTrust ResidenzeSanitarie - Ed. 07/2023)

FIRMA CONTRAENTE

#### **Accettazione Clausole Specifiche**

Il Contraente dichiara, ai sensi degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile, di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 1.2 – Validità temporale e forma dell'Assicurazione; Art. 6.1 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Richiesta di Risarcimento; Art. 7.5 – Variazioni contrattuali a scadenza; Art. 9 – Effetto e durata della Polizza; Art. 10 – Casi di interruzione della Polizza.

FIRMA CONTRAENTE

#### **Eccezioni opponibili**

Il Contraente dichiara, con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed ai sensi dell'art. 8 del Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 3 Esclusioni; - Art. 4.2 Franchigia e gestione dei Sinistri - Art. 8.1 Pagamento del Premio e sospensione della copertura assicurativa

FIRMA CONTRAENTE

#### **Privacy per finalità assicurative**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.

FIRMA CONTRAENTE

#### **Presa visione Allegato 3, Allegato 4, Allegato 4-ter e Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative**

Il Contraente dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione della Polizza, l'Allegato 3 - "Informativa sul distributore", l'Allegato 4 - "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP", l'Allegato 4-ter "Elenco delle regole di comportamento del distributore" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018. Dichiara, altresì, di aver ricevuto e firmato, prima della sottoscrizione della Polizza, il documento di valutazione delle proprie richieste ed esigenze assicurative.

FIRMA CONTRAENTE

### Sottoscrizione della Polizza

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente e dalla Società sulla base della presente Polizza (e degli allegati indicati), comprese le Dichiarazioni del Contraente qui riportate e di quanto nel Set Informativo (AmTrust ResidenzeSanitarie Ed.07/2023) che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.

AmTrust Assicurazioni S.p.A.  
L'Amministratore Delegato

Emmanuel Ntze

FIRMA CONTRAENTE

Emesso il 01/04/2025 in MILANO



Regolamento IVASS N. 40/2018 modificato ed integrato dalle disposizioni del provvedimento IVASS n. 97/2020, dal provvedimento n. 14/2024

**MODULO UNICO PRECONTRATTUALE (MUP) PER I PRODOTTI ASSICURATIVI**

Ai sensi della vigente normativa, il broker ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente il presente modulo, prima della sottoscrizione della proposta o del contratto di assicurazione. Il documento può essere fornito con modalità non cartacea se appropriato rispetto alle modalità di distribuzione del prodotto assicurativo e il contraente lo consente (art. 120-quater del Codice della Assicurazioni Private)

**SEZIONE I**

**Informazioni generali sull'intermediario che entra in contatto con il Contraente e sul broker che intermedia il contratto**

**Tabella 1.1**

**Dati identificativi dell'addetto all'attività di intermediazione e/ o del responsabile dell'attività di intermediazione**

		Nota per il contraente
Cognome e nome	Vezzoli Ermanna	Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere controllati visionando il registro unico degli intermediari Assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS ( <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> )
Qualifica	Amministratore	
<b>Iscrizione al registro degli intermediari assicurativi</b>		
Numero	B000013233	
Data	01 Febbraio 2007	
Sezione	B	Gli estremi identificativi e di iscrizione dell'intermediario possono essere controllati visionando il registro unico degli intermediari assicurativi e riassicurativi sul sito internet dell'IVASS ( <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a> )
<b>Attività svolta per conto di</b>		
Ragione sociale	Scafin Insurance Broker Srl	
Sede legale e operativa	Via Zambianchi, 5 24121 BERGAMO	
Telefono	035 225059	
Fax	035 230844	
Posta elettronica	scafin@scafin.it	
PEC	scafin@pec.bgwebpec.it	
Sito Internet	<a href="http://www.scafin.it">www.scafin.it</a>	
<b>Iscrizione al registro degli intermediari assicurativi</b>		
Numero	B000052323	
Data	05 febbraio 2007	
Sezione	B	

**Tabella 1.2 Autorità competente alla vigilanza sull'attività svolta**

IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle assicurazioni  
Via del Quirinale, 21 - 00187 ROMA.

**SEZIONE II**

**Informazioni sull'attività svolta dall'intermediario assicurativo e riassicurativo**

- a. Il broker informa che il seguente **elenco** è disponibili per la consultazione presso i propri locali  
b. Ai sensi della vigente normativa, il broker ha l'obbligo di consegnare/trasmettere al contraente, prima della sottoscrizione di ciascuna proposta o, qualora non prevista, di ciascun contratto di assicurazione, il presente documento che contiene notizie sul modello e l'attività di broker, sulla consulenza fornita e sulle remunerazioni percepite.

**SEZIONE III**

**Informazioni relative a potenziali situazioni di conflitto interesse**

Il soggetto che entra in contatto con il cliente e/o la Scafin.Srl non detiene una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto dell'Impresa di assicurazione.  
Nessuna Impresa di assicurazione o impresa controllante di una Impresa di assicurazione è detentrica di una partecipazione diretta o indiretta superiore al 10% del capitale sociale o dei diritti di voto di Scafin Srl.

**SEZIONE IV**

**Informazioni sugli strumenti di tutela del Contraente**

L'attività di intermediazione esercitata è garantita da una polizza di assicurazione della responsabilità civile, che copre i danni arrecati ai contraenti da negligenze ed errori professionali dell'intermediario o da negligenze, errori professionali ed infedeltà dei dipendenti, dei collaboratori o delle persone del cui operato l'intermediario deve rispondere a norma di legge.

Il contraente e l'assicurato hanno la facoltà di rivolgersi, al: Fondo di Garanzia per l'attività dei mediatori di assicurazione e di riassicurazione c/o CONSAP Via Yser,14 - 00198 Roma - Tel.: +39 06/857961 e-mail: segreteria.fgs@consap.it per chiedere, laddove ne esistono i presupposti ed il diritto a farlo, il risarcimento del danno patrimoniale loro causato dall'esercizio dell'attività di intermediazione, che non sia stato risarcito dall'intermediario stesso o non sia stato indennizzato attraverso la polizza di cui al precedente punto.



Il contraente e l'assicurato o comunque l'avente diritto hanno la facoltà di proporre reclamo per iscritto al broker indicato nel punto 1 del presente documento. Nel caso in cui non si ritenesse soddisfatto dall'esito del reclamo o, in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni dalla ricezione del reclamo, il contraente e/o l'assicurato può rivolgersi all'IVASS, Servizio Vigilanza Intermediari, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario. Resta ferma la facoltà del contraente di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, ovvero ricorrere a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie quali la procedura di conciliazione.

**SEZIONE V**  
**Informazioni sul modello di distribuzione**

- a.  L'attività della SCAFIN SRL viene svolta su incarico del cliente
- b.  Il contratto viene distribuito anche in collaborazione con un altro intermediario ai sensi dell'art. 22 L. 221/2012 (collaborazione orizzontale)

**SEZIONE VI**  
**Informazioni sull'attività di distribuzione e consulenza**

Con riguardo al contratto proposto la SCAFIN SRL dichiara che:

- a)  fornisce una consulenza ai sensi dell'art. 119-ter comma 3 del CAP ovvero una raccomandazione personalizzata
- b)  fornisce indicazione delle attività prestate delle caratteristiche e del contenuto delle prestazioni rese nell'ambito della consulenza
- c)  fornisce una consulenza fondata su un'analisi imparziale e personale basata su un numero sufficientemente ampio di contratti disponibili sul mercato ai sensi del comma 4 dell'art. 119-ter del CAP;
- d)  propone contratti in assenza di obblighi contrattuali che gli impongono di offrire esclusivamente i contratti di una o più imprese di assicurazione

Avvertenza: fornire ogni altra informazione utile a garantire il rispetto delle regole di trasparenza previste in tema di conflitto di interessi (art. 119-bis comma 7 del CAP). Ad esempio la presenza di relazioni tra l'intermediario e la compagnia ovvero l'agenzia con cui il contratto proposto viene intermediato derivante da rapporti di partecipazioni, d'affari o familiari derivanti da stretti legami

**SEZIONE VII**  
**Informazioni sulle remunerazioni**

Il compenso relativo all'attività svolta dalla SCAFIN SRL per la distribuzione del presente contratto è rappresentato da:

- a.  onorario corrisposto dal cliente pari ad Euro.....; (ove non sia possibile specificare l'importo indicare il metodo di calcolo);
- b.  commissione inclusa nel premio assicurativo;
- c.  altra tipologia di compenso;
- d.  combinazione delle diverse tipologie di compenso

**SEZIONE VIII**  
**Informazioni sul pagamento dei premi**

a. Con riferimento al pagamento dei premi la SCAFIN SRL dichiara che:

1. I premi pagati dal contraente agli intermediari e le somme destinate ai risarcimenti o ai pagamenti dovuti alle Imprese di assicurazione, se regolati per il tramite del broker costituiscono **patrimonio autonomo e separato** dal patrimonio del broker stesso.

b. Il premio può essere pagato con le seguenti modalità:

- assegni bancari, postali o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma on line, che abbiano quale beneficiario l'impresa di assicurazione oppure l'intermediario, espressamente in tale qualità;
- denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni del ramo responsabilità civile auto e relative garanzie accessorie (se ed in quanto riferite allo stesso veicolo assicurato per la responsabilità civile auto), nonché per i contratti degli altri rami danni con il limite di settecentocinquanta euro annui per ciascun contratto.

Con riferimento al contratto proposto emesso/emittendo, il rischio è collocato come segue:

- con autorizzazione ex art. 118 cap (pagamento del premio con efficacia liberatoria per il contraente)
- senza autorizzazione ex art. 118 cap (pagamento del premio senza efficacia liberatoria per il contraente)

**PARTE PER LA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRAENTE**

**DICHIARAZIONE DI AVVENUTA CONSEGNA DELLA DOCUMENTAZIONE DI CUI ALL'ART. 56 del Regolamento IVASS N. 40 del 2/8/2018 con modifica dal provvedimento n. 97/2020 e dal provvedimento n. 147/2024**

POLIZZA N. RC100010003024

COMPAGNIA AMTRUST

Preso atto del disposto di cui all'art. 56 del Regolamento IVASS n. 40 del 2/8/2018, come modificato dal provvedimento n. 147/2024 DICHIARO DI RICEVERE DALL'INTERMEDIARIO (o dall'addetto all'attività di Intermediazione che opera all'interno dei locali dell'intermediario iscritto nel registro):

- Allegati 3;
- Dichiarazione di coerenza;
- La documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle vigenti disposizioni.

FIRMA .....

DATA 20/04/2025

SCAFIN SRL