

sara assicurazioni
Assicuratrice ufficiale
dell'Automobile Club d'Italia
Società del Gruppo Sara



Rischi Diversi

ISTITUTO SANTA CHIARA ROMA SRL

Polizza n°: 38370JM

Condizioni Speciali di Assicurazione

Modello CSAV01



Responsabilità Civile

A CONTRATTO N.
50 38370JM

Mod. 479RC Ed. 11/2016

Agenzia
AGENZIA DI ROMA CIVITAVECCHIA

Sub Agenzia Ag./Subag. Prod.
1130

Contraente
ISTITUTO SANTA CHIARA ROMA SRL Cod.Cliente: 72363178

Indirizzo
VIA PROPERZIO, 6

comune
ROMA

cap
00193

provincia
RM

codice fiscale/partita IVA
15423901006 15423901006

coassicurazione SARA %
==

delega
ESCLUSIVA O NESSUNA



P O 1 1 3 0 5 0 3 8 3 7 0 J M \$

descrizione del rischio

(Valida in quanto richiamato il relativo codice rischio)

Ambulatori e simili - Codice rischio 02.50.00

VEDI ALLEGATO A TESTO LIBERO

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
prima

Premio netto

€ 1.183,86

Accessori

€ 118,38

Imposte

€ 289,76

Totale

€ 1.592,00

seguenti

€ 1.115,45

€ 111,54

€ 273,01

€ 1.500,00

GIURATA DEL CONTRATTO

falle ore 24 del 09/12/2021

alle ore 24 del 31/12/2022

prima quietanza del 31/12/2022

POLIZZA SOSTITUITA

n.

per

(*) al netto dell'abbuono per sostituzione



Appendice

A CONTRATTO N.
50 38370JM

Rischi Diversi

Agenzia	Ag./Subag.	Prod.
AGENZIA DI ROMA CIVITAVECCHIA	1130	606
Contraente		
ISTITUTO SANTA CHIARA ROMA SRL		
Indirizzo		
VIA PROPERZIO, 6		
comune	cap	provincia
ROMA	00193	RM
codice fiscale/partita IVA		
15423901006 15423901006		
Socio ACI		attività professionale



AP11305038370JM20211209

Con effetto dalle ore 24 del 09/12/2021 le Parti sottoscritte convengono di apportare le variazioni contrattuali indicate nella facciata e/o sul retro del presente atto in corrispondenza delle caselle contraddistinte dalle lettere A

A - Con la presente si precisa l'attività svolta dall'Assicurato, ossia:

Trattamenti riabilitativi a persone con disabilità fisica, psichica, funzionale o mista, da erogarsi in regime ambulatoriale, presso il centro sito in Ladispoli alla via delle Azalee n. 2, o in regime domiciliare.

Fermo ed invariato il resto.

B - Coassicurazione indiretta - Il Contraente dichiara che sulle cose assicurate coesiste altra polizza n. = = = = stipulata con = = = = = . In caso di sinistro vale quanto previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione per tale eventualità,

C - Vincolo - La polizza si intende vincolata a tutti gli effetti a favore di = = = = = come da clausola riportata sul retro del presente atto.

D - Designazione dei beneficiari in caso di morte - L'Assicurato = = = = = designa, ciascuno per la quota di seguito indicata, i signori:

= = = = =
= = = = =

E - Trasferimento di agenzia - Su conferma richiesta del Contraente la gestione del contratto viene trasferita dall'Agenzia di = = = = = cod. = = all'Agenzia di = = = = = cod. = =

PREMIO DA PAGARE - Per effetto delle variazioni convenute, contestualmente alla sottoscrizione del presente atto, l'Assicurato ha versato il premio alla firma sottoindicato, prendendo atto che le rate successive s'intendono modificate, il tutto come da seguente conteggio:

Premio alla firma: netto € *****	accessori € *****	Imposte € *****	Totale € *****
Rate successive: netto € *****	accessori € *****	Imposte € *****	Totale € *****

Fatta in tre esemplari ad un solo effetto

Il _____ a _____

Registrata Diario Cassa n. _____



Il Contraente

SARA assicurazioni spa
L'AGENTE