

## RSA

Programma Assicurativo per le  
Residenze Sanitarie Assistenziali

POLIZZA N. 10999999000046

Inizio contratto: 31/12/2021  
Fine contratto: 31/12/2022  
Frazionamento: Annuale  
Scadenza prima rata: 31/12/2022

### INFORMAZIONI DI POLIZZA

|                         |              |                    |                       |
|-------------------------|--------------|--------------------|-----------------------|
| DURATA                  | 1 Anno       | POLIZZA SOSTITUITA | 10999999000021        |
| TACITO RINNOVO          | SI           | VINCOLO            | NO                    |
| INDICIZZAZIONE - INDICE | NO           | CONVENZIONE        | Convenzione RSA       |
| INTERMEDIARIO           | FIT          | SEDE               | SEREGNO               |
| CODICE INTERMEDIARIO    | 109999/00002 | VIA                | VIA SANTA VALERIA 100 |

### CONTRAENTE

|                      |                                  |                  |                   |
|----------------------|----------------------------------|------------------|-------------------|
| NOME / DENOMINAZIONE | CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT | COD. FISC.       | 01567280167       |
| INDIRIZZO            | VIA ARNO 14                      | PARTITA IVA      | 01567280167       |
| COMUNE               | GORLE                            | CODICE CLIENTE   | -                 |
| CAP - PROVINCIA      | 24020 - BG                       | E-MAIL           | -                 |
| TELEFONO             | -                                | CODICE SELF AREA | 12610000097746287 |

### GARANZIE E PREMIO

| PREMIO ALLA FIRMA (€) | PREMIO RATE SUCCESSIVE (€) |
|-----------------------|----------------------------|
| RESPONSABILITÀ CIVILE | 4.284,59                   |
| IMPONIBILE            | IMPONIBILE                 |
| IMPOSTE               | IMPOSTE                    |
| TOTALE                | TOTALE                     |

### ALLEGATI

|  |             |   |                             |
|--|-------------|---|-----------------------------|
| Formano parte integrante del presente contratto i seguenti allegati: |             |   |                             |
| SCHEDA DI POLIZZA  | n. allegati | 1 | Modello                     |
| APPENDICE GENERICA   | n. allegati | 1 | Modello MOD. ALLP_AGEN_1703 |



Bene Assicurazioni S.p.A.

W: [www.bene.it](http://www.bene.it) - E: [info@bene.it](mailto:info@bene.it) - Pec:

[beneassicurazioni@legalmail.it](mailto:beneassicurazioni@legalmail.it) - T:

02.892973

- F: 02.89354715

Servizio Clienti - M: [clienti@bene.it](mailto:clienti@bene.it) - T: 02.89297333 - F: 02.89354715

Sede Legale e Direzione: via Dei Valtorta 48, 20127 Milano - Capitale sociale 21.000.000 euro i.v. - CF e P.IVA n. 09599100964  
Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016 - Numero iscrizione  
Albo imprese di assicurazione n. 1.00180 - Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding  
SPA, appartenente al Gruppo assicurativo Bene - Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

## DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

### INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara, prima della sottoscrizione del presente contratto:

- 1) di aver ricevuto, di aver preso visione e di accettare integralmente il DIP, il DIP aggiuntivo, il Glossario e le Condizioni Generali di Assicurazione modello RSA\_CGA\_1901, redatto ai sensi della vigente normativa IVASS;
- 2) di aver ricevuto e preso visione delle comunicazioni previste dell'articolo 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni:
  - allegato 3 - comunicazione informativa sui principali obblighi di comportamento cui sono tenuti gli intermediari assicurativi
  - allegato 4 - comunicazione dalla quale risultano i dati essenziali dell'intermediario, della sua attività e dell'esistenza di potenziali situazioni di conflitto di interesse.

### DICHIARAZIONI DI POLIZZA

Consapevole che, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile, le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal contraente all'atto della stipulazione della polizza possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa e che l'impresa può recedere dal contratto, impugnare lo stesso nonché perseguire il Dichiarante per truffa alle assicurazioni ai sensi del art. 642 cod. pen., il Contraente dichiara che:

- 1) le caratteristiche e la destinazione dei fabbricati, le misure di protezione ed i mezzi di chiusura corrispondono a quelli riportati in DICHIARAZIONE1A\_RIGA2
  - 2) i fabbricati non sono in stato di abbandono e non presentano problemi di statica o di manutenzione;
  - 3) negli ultimi tre anni:
    - non ha subito o causato danni della medesima natura di quelli indennizzabili in base alla presente polizza [Natura del danno:  Incendio |  Furto |  Responsabilità Civile |  Altro ];
    - non ha avuto annullamenti di contratti assicurativi per sinistro da altre compagnie per danni della medesima natura di quelli riportati in DICHIARAZIONE3\_RIGA2
  - 4) non ha in corso altre assicurazioni, stipulate direttamente, relative ai medesimi rischi assicurati con la presente polizza.
- Ogni modifica o integrazione alle dichiarazioni che precedono deve esplicitamente risultare dal testo di polizza.  
Il presente documento non contiene cancellature o rettifiche.

Firma Contraente

## CONDIZIONI DA APPROVARSI SPECIFICAMENTE

Il contraente, agli effetti degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile, dichiara altresì di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli delle condizioni generali di assicurazione: 3 – Modifiche dell'assicurazione; 4 – Rinuncia alla rivalsa; 5 – Recesso in caso di sinistro; 6 – Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione; 33 – Ricorso terzi; 43 – Procedura per la valutazione del danno; 48 – Riduzione delle somme assicurate a seguito di sinistro indennizzabile; 55 3) – Regolazione del premio; 56 2) – Gestione delle vertenze di danno; 66 – Denuncia di sinistro e scelta del legale; 67 – Gestione del sinistro; 68 – Disaccordo sulla gestione del sinistro (arbitrato).

Firma Contraente

## MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio, con la periodicità prevista dal presente contratto, può essere effettuato dal Contraente tramite:

- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Intermediario, espressamente in tale qualità, oppure la Società
- denaro contante, nei limiti e con le modalità previsti dalla normativa vigente.

Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine. È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del codice civile che disciplina il caso di mancato pagamento del premio.

## QUIETANZA DEL PAGAMENTO PREMIO

Il pagamento del premio è stato effettuato in data:

Bene Assicurazioni SpA

Bene Assicurazioni S.p.A.

W: www.bene.it – E: info@bene.it – Pec: beneassicurazioni@legalmail.it – T: 02.892973

– F: 02.89354715 Clienti: clienti@bene.it – 02.89297333

Sede Legale e Direzione: via Dei Valtorta 48, 20127 Milano- Capitale sociale 21.000.000 euro i.v. - CF e P.IVA n. 09599100964 - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016 Numero iscrizione Albo imprese di assicurazione n.1.00180 - Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding SpA, appartenente al Gruppo assicurativo Bene - Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054

## RSA

Programma Assicurativo per le  
Residenze Sanitarie Assistenziali

POLIZZA N. 10999999000046

SCHEDA DI POLIZZA n. 1

Contraente: CASA DI RIPOSO CAPROTTI ZAVARITT

ESERCENTE UNA RSA CON 62 POSTI  
LETTO CON SERVIZIO DI ASSISTENZA

Attività

MEDICO INFERMIERISTICA E SERVIZI  
COMPLEMENTARI (CUCINA,  
ANIMAZIONE). ATTIVITÀ DI RSA APERTA -

### IDENTIFICATIVI DEL RISCHIO

|                       |                              |
|-----------------------|------------------------------|
| INDIRIZZO VIA ARNO 14 | COMUNE GORLE                 |
| CAP 24020             | PROVINCIA BG                 |
| NUMERO POSTI LETTO 97 | NUMERO ADDETTI 60            |
| FATTURATO             | PREMIO 44,17 PER POSTO LETTO |

### DETTAGLIO GARANZIE

|  | ACQUISTATA | SOMMA ASSICURATA/MASSIMALE | PREMIO IMPONIBILE |
|--|------------|----------------------------|-------------------|
| <b>RESPONSABILITÀ CIVILE</b>                             |            |                            |                   |
| RESPONSABILITÀ CIVILE TERZI                              | SI         | 2.500.000,00               | 2.999,24          |
| RESPONSABILITÀ CIVILE OPERAI                             | SI         | 2.500.000,00               | 1.285,35          |
| Condizioni speciali operanti                             | CS1        |                            |                   |
| Estensione vertenze clienti                              |            |                            |                   |
| <b>TOTALE PREMIO IMPONIBILE (AL NETTO DELLE IMPOSTE)</b> |            |                            |                   |



Bene Assicurazioni S.p.A.

W: [www.bene.it](http://www.bene.it) – E: [info@bene.it](mailto:info@bene.it) – Pec: [beneassicurazioni@legalmail.it](mailto:beneassicurazioni@legalmail.it) – T:

02.892973 – F: 02.89354715

Servizio Clienti - M: [clienti@bene.it](mailto:clienti@bene.it) – T: 02.89297333 – F: 02.89354715

Sede Legale e Direzione: via Dei Valtorta 48, 20127 Milano - Capitale sociale 21.000.000 euro i.v. - CF e P.IVA n. 09599100964  
 Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con Provvedimento IVASS n.0237415 del 21/12/2016 - Numero iscrizione  
 Albo imprese di assicurazione n. 1.00180 - Società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento da parte di Bene Holding  
 SpA, appartenente al Gruppo assicurativo Bene - Numero iscrizione Albo gruppi assicurativi n. 054