



Il presente documento contiene:

- Scheda di copertura
- Questionario
- Condizioni di assicurazione
- Informativa privacy

Numero di polizza	CIIC008403-00
Contraente/Assicurato	Nuova Emodialisi Campana srl
P.Iva/Codice Fiscale	08197211215 08197211215
Indirizzo	Via Riviera di Chiaia, 256 80100 Napoli (NA)
Periodo di polizza	Dalle ore 24:00 del 20/06/2026 Alle ore 24:00 del 20/06/2027
Frazionamento	☒ Annuale ☐ Semestrale
Scadenza prima rata	Alle ore 24:00 del 20/06/2027
Attività assicurata	Ambulatorio di Dialisi
Data di retroattività	10 anni
Massimale di garanzia	€ 2.000.000,00 per sinistro € 6.000.000,00 per anno
Franchigia per sinistro	€ 0,00
SIR	NON APPLICATA
Tacito Rinnovo	Operante ☒ Non operante ☐
Garanzie aggiuntive:	
• Art. 2.3 Medicina in associazione, Medicina in rete, Medicina di Gruppo	Operante ☐ Non operante ☒
• Art. 2.4 Attività di Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo e Direttore Generale	Operante ☒ Non operante ☐
• Art. 2.5 Consenso Informato	Operante ☒ Non operante ☐
• Art. 2.6 Attività Chirurgica	Operante ☐ Non operante ☒
• Art. 2.7 Attività/Interventi invasivi	Operante ☒ Non operante ☐
• Art. 2.8 Attività Estetica	Operante ☐ Non operante ☒
• Art. 2.9 Estensione RCT per il Personale in regime Libero Professionale	Operante ☐ Non operante ☒
• Art. 2.10 Rinuncia all'azione di surroga nei confronti del Personale Dipendente e del Personale Convenzionato	Operante ☒ Non operante ☐
• Art. 2.11. Estensione continuità di copertura	Operante ☐ Non operante ☒

Composizione del Premio annuo di polizza	Premio Netto €	6.093,05
	Accessori €	609,31
	Premio imponibile €	6.702,36
	Tasse €	1.491,27
	Premio annuale lordo €	8.193,63
Composizione del Premio di rata	Premio Netto €	6.093,05
	Accessori €	609,31
	Premio imponibile €	6.702,36
	Tasse €	1.491,27
	Premio lordo di rata €	8.193,63
Limiti territoriali	Mondo, esclusi Stati Uniti d'America e Canada e territori sotto la loro giurisdizione	
Giurisdizione e Legge applicata	La gestione dei sinistri sarà regolata in base alla legge italiana. Qualsiasi interpretazione della presente polizza in relazione alla sua costruzione, validità o operatività sarà effettuata esclusivamente in conformità alle leggi italiane e in conformità al testo che appare nella presente polizza.	
Notifica sinistri	Adjusting & Claim Service S.c.r.l. Via Barberini, 86 00187 Roma Telefono : 06.85332.407 Email: claims@coverys.eu	
Contatto per informazioni sulla Polizza	commerciale@aecunderwriting.it	
Intermediario diretto	CASCONI GIUSEPPE	
Testo di polizza	RCT/O Strutture Sanitarie 02/2025	
Data di emissione polizza	23/06/2026	

Data

Il Contraente

01/07/2026

Firmato da: Lucio Gallotti
E-Mail: lucio.gallotti@live.it
Ora/data firma: 30-06-2026 18:31:35
Indirizzo IP: 109.52.214.51

Coverys International

Insurance Company

Chris Brooking



_____ ha ricevuto l'importo di € 8.193,63 a titolo di premio, in data 24-06-2026

Firma

Firmato da: GIUSEPPE CASCONI
E-Mail: consulenze.cascone@gmail.com
Ora/data firma: 25-06-2026 10:34:57
Indirizzo IP: 62.98.114.165

Precisazioni:

Il Contraente _____

Prodotto da: Lloyds & Co
Vettore: Lloyd's & Co
Data della firma: 28.05.2024 15:29:19
Indirizzo IP: 193.12.244.12

Data 01/07/2026

**Coverys International
Insurance Company**
Chris Brooking



QUESTIONARIO ASSUNTIVO / PROPOSAL FORM

POLIAMBULATORI, LABORATORI DI ANALISI E STUDI MEDICI

L'indicazione di premio è subordinata all'esame del Modulo di Proposta completo, datato e firmato da persona autorizzata, e di qualunque altro documento o informazione i Sottoscrittori ritengano necessari ai fini della corretta valutazione del rischio.

"Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave" (Art 1892 comma I Codice Civile).

Il Contraente ha l'obbligo di comunicare all'Assicuratore tutti gli elementi materiali e rilevanti relativamente alla valutazione ed all'assunzione del rischio; il mancato adempimento di detto obbligo può comportare l'invalidità del contratto di Assicurazione e/o la perdita del diritto al risarcimento del danno.

The indication of premium is subject to the examination of the completed Proposal Form, dated and signed by the authorized person, and of whatever other document or information the Underwriters deem necessary to carry out the correct assessment of the risk.

"The incorrect statements or non disclosure of information by the Insured Party relating to circumstances in such a way that the Insurer would not have given their consent or would not have given the same conditions if they knew the true state of affairs, will result in the cancellation of the contract where the Insured party has acted with malicious intent or with gross negligence" (Article 1892 comma I Civil Code).

The Insured Party is required to communicate to the Insurer all relevant and material elements regarding the assessment and the acceptance of risk; Failure to comply with this obligation may result in the invalidity of the insurance contract and / or the loss of the right to compensation.

ANAGRAFICA CONTRAENTE

Contraente
Policyholder Nuova Emodialisi Campana srl

Partita Iva
VAT number 08197211215 **Indirizzo PEC**
Certified Email address nec.srl@arubapec.it

Indirizzo del Proponente
Address of Policyholder Via Riviera di Chiaia 256

Città City Napoli **CAP Post code** 80100 **Provincia Province** NA

INFORMAZIONI SULL'ATTIVITA'

Data di inizio dell'attività Start date of activity: 17 / 12 / 2020

Fatturato consuntivo annualità precedente o stimato in caso di startup*
Turnover previous year or estimated turnover in case of startup*: € 2.198.066,00

*startup: società che ha iniziato l'attività durante l'anno in corso e/o che non ha un fatturato relativo ad un'intera annualità

*startup: a company that began activity during the current year and/or does not have a turnover related to a full year

N. dipendenti/collaboratori (solo personale medico/sanitario) No. employees/staff (health care staff only) 23

N. prestazioni annue No. annual services

☐ < 2.500 ☐ 2.500 – 10.000 ☒ 10.000 – 30.000 ☐ 30.000 – 50.000 ☐ > 50.000

Anni di esperienza media del personale medico/sanitario Average years of experience of health care staff

☐ < 5 anni ☐ 5 – 15 anni ☒ 15 – 30 anni ☐ > 30 anni

Attività esercitata Activity

- ☐ Laboratorio di analisi mediche Medical analysis laboratory
☐ Centro fisioterapico/riabilitativo Physical therapy/rehabilitation center
☐ Studio Associato Medico/STP Associated Medical Practice/Company of Professionals
☐ Poliambulatorio Polyclinic
☐ Poliambulatorio che effettua chirurgia in day hospital Polyclinic performing day hospital surgery
☒ Altro Other Ambulatorio di Dialisi

L'assicurato ha effettuato, effettua o intende effettuare servizi di test genetici (analisi DNA, cromosomi, geni e malattie genetiche)?
Has the insured performed, do the perform or plan to perform any genetic testing services such as DNA, chromosomes, genes and genetic diseases?

☐ SI Yes ☒ NO No