

## Scheda di Polizza

### Polizza di Responsabilità civile professionale Convenzione SIP

|                                          |                            |                                                                              |                      |  |
|------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--|
| Polizza N°<br>RCM25016                   | Polizza sostituita N°<br>- | Prodotto/Edizione del contratto<br>AMT RC SIP - ED.12/2019 - ULT AGG 12/2025 |                      |  |
| Intermediario<br>ONE UNDERWRITING S.R.L. |                            |                                                                              | Codice Nodo<br>AG030 |  |

**Dati del Contraente**

|                                                                                        |  |                |                               |            |                            |               |
|----------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------|-------------------------------|------------|----------------------------|---------------|
| Nome e Cognome/ Denominazione / Ragione sociale<br>SIP - SOCIETA ITALIANA DI PEDIATRIA |  |                | Codice Fiscale<br>06299590965 |            | Partita IVA<br>06299590965 |               |
| Residenza o Sede legale<br>VIA GIOBERTI, 60                                            |  | Comune<br>ROMA |                               | Prov<br>RM | Cap<br>00185               | Nazione<br>IT |

**Periodo di Assicurazione**

|                                        |                                     |                      |                                     |  |
|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--|
| Decorre dalle ore 24 del<br>31/12/2025 | Scade alle ore 24 del<br>31/12/2026 | Tacito Rinnovo<br>Sì | Prossima Quietanza il<br>31/12/2026 |  |
|----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|-------------------------------------|--|

**Premio alla Firma**

|                     |           |                          |                |                      |
|---------------------|-----------|--------------------------|----------------|----------------------|
| Premio Netto (euro) | Accessori | Premio Imponibile (euro) | Imposte (euro) | Totale Premio (euro) |
| 0,00                | 0,00      | 0,00                     | 0,00           | 0,00                 |

**Premio rate future**

|                     |           |                          |                |                      |
|---------------------|-----------|--------------------------|----------------|----------------------|
| Premio Netto (euro) | Accessori | Premio Imponibile (euro) | Imposte (euro) | Totale Premio (euro) |
| 0,00                | 0,00      | 0,00                     | 0,00           | 0,00                 |

**Premio annuo**

|                     |           |                          |                |                      |
|---------------------|-----------|--------------------------|----------------|----------------------|
| Premio Netto (euro) | Accessori | Premio Imponibile (euro) | Imposte (euro) | Totale Premio (euro) |
| 0,00                | 0,00      | 0,00                     | 0,00           | 0,00                 |

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: sistemi di pagamento elettronico o bonifico bancario che abbiano come beneficiario la Società o il Broker, come regolamentato dalle Condizioni di Assicurazione. La periodicità di pagamento (frazionamento) è annuale.

L'importo del Premio alla Firma è stato pagato in data \_\_\_\_\_

**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.**

## Scheda di Polizza

### Polizza di Responsabilità civile professionale Convenzione SIP

#### Dichiarazioni sulla gestione dell'Adesione alla Polizza Collettiva

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

##### **Delega al Broker**

|                                                                                                                                                                           |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Ha affidato all'Intermediario indicato in Polizza, in qualità di Broker iscritto al RUI, il mandato a rappresentarlo ai fini della gestione della presente assicurazione. | NO |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

#### Dichiarazioni del Contraente

##### **Consegna Set Informativo**

|                                                                                                                                                                    |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione della Polizza, del Set Informativo (AMT RC SIP - ED.12/2019 - ULT AGG 12/2025) | 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. 4 Limiti di copertura; Art. 6.1 Obblighi dell'Aderente in caso di Richiesta di Risarcimento; Art. 6.2 Patto di gestione della lite. | FIRMA CONTRAENTE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|

##### **Eccezioni opponibili**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Il Contraente, con riferimento alla Legge n° 24 dell'8 marzo 2017 ed ai sensi dell'art. 8 del Decreto n° 232 del 15 dicembre 2023, dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 3.1.1 Richieste di Risarcimento escluse dall'efficacia temporale dell'Assicurazione; Art. 3.1.2 Rischi esclusi dall'Assicurazione; Art. 8.2 Pagamento del Premio e sospensione della singola adesione. | FIRMA CONTRAENTE |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|

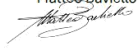
##### **Privacy per finalità assicurative**

|                                                                                                                                             |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Il Contraente dichiara di aver preso visione dell'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679. | FIRMA CONTRAENTE |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|

##### **Presa visione Allegato 3, "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi" e Documento di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| Il Contraente dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della conclusione del contratto, l'Allegato 3 "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi" ai sensi dell'Art. 56 Regolamento IVASS n. 40/2018 e s.m.i. Dichiara, altresì, di aver ricevuto e firmato, prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione, il documento di valutazione delle 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 Convenzione RC SIP – Ed.12/2019 – Agg. 12/2025), che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati. | <b>La Compagnia</b><br><br>AmTrust Assicurazioni S.p.A.<br>L'Amministratore Delegato<br>Matteo Baviello<br> | FIRMA CONTRAENTE |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|

Emesso il 09/12/2025 in MILANO



##### **AmTrust Assicurazioni S.p.A.**

Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia

Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • [www.amtrust.it](http://www.amtrust.it)

PEC: [amtrust.assicurazioni@pec.it](mailto:amtrust.assicurazioni@pec.it) • Email: [amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com](mailto:amtrust.assicurazioni@amtrustgroup.com)

Capitale Sociale € 5.500.000,00 • P.IVA e C.F. 01917540518 • Data iscrizione Registro Imprese 13/06/2019 Numero REA MI-2562338 • Provvedimento autorizzazione ISVAP n. 2595 del 14/03/2008 •

Data e numero di iscrizione Albo Imprese IVASS 14/03/2008 - n. 1.00165 Gruppo di appartenenza AmTrust Financial Services, Inc. (AFSI)