AMTRUSTOspedaliPubblici

Scheda di Polizza
Assicurazione della Responsabilità Civile di Strutture sanitarie pubbliche

Polizza N	Polizza Sostituita N°	Prodotto
RCH92101000001	-	**AmTrust Ospedali Pubblici**

Regolazione	Coass	%Delegataria	Intermediario	Sub Codice	Tot. Allegati
NO	**NO.**	-	**AMTRUST INSURANCE AGENCY ITALY SRL**	**AG013**	-

Dati del Contraente

Denominazione / Ragione sociale	Codice Fiscale	Partita IVA
Regione Calabria **Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie**	**02205340793**	**02205340793**

Sede legale	Comune	Prov	Cap	Nazione
Cittadella Regionale – Viale Europa Località Germaneto	**Catanzaro**	**CZ**	**88100**	**IT**

Durata complessiva della Polizza

Decorre dalle ore 24 del	Scade alle ore 24 del	Frazionamento	Prossima Quietanza il
31/12/2021	**31/12/2024**	**Annuale**	**31/12/2022**

Periodi di Assicurazione

1° Periodo	2°Periodo	3° Periodo	4° Periodo
31/12/2021 – 31/12/2022	**31/12/2022 – 31/12/2023**	**31/12/2023 – 31/12/2024**	

Premio alla Firma

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
€ 26.059.803,68	**€ 0,00**	**€ 26.059.803,68**	**€ 5.798.306,31**	**€ 31.858.109,99**

Premio Rate Future

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
€ 26.059.803,68	**€ 0,00**	**€ 26.059.803,68**	**€ 5.798.306,31**	**€ 31.858.109,99**

Premio Annuo

Premio Netto (euro)	Accessori	Premio Imponibile (euro)	Imposte (euro)	Totale Premio (euro)
€ 26.059.803,68	**€ 0,00**	**€ 26.059.803,68**	**€ 5.798.306,31**	**€ 31.858.109,99**

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.

Denuncia dei sinistri

Le denunce di sinistro dovranno essere inoltrate ad:
AmTrust Assicurazioni -Divisione Sinistri - Via Clerici, 14 - 20122 Milano
Email: infomi@amtrustgroup.com
Tel. 02/36596710 - Fax 02/36596719

Presa visione 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

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 nelle Condizioni di Assicurazione concordate che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.	AmTrust Assicurazioni S.p.A. L'Amministratore Delegato Emanuele Wetzer	FIRMA CONTRAENTE

Emesso il 27/12/2021 in Milano (MI)

AmTrust Assicurazioni
An AmTrust Financial Company

AmTrust Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: Via Clerici • 14 • 20121 Milano • Italia
Tel. + 39 0283438150 • Fax + 39 0283438174 • www.amtrust.it
PEC: amtrust.assicurazioni@pec.it • Email: 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)