

Responsabilità Civile Terzi e Prestatori d'Opera

POLIZZA N° ITOMM1502047 POLIZZA SOSTITUITA N° --- RAMO RC PRODOTTO RC Aziende P INTERMEDIARIO --- COD. ---

Contraente/Assicurato

Azienda Sanitaria Locale n° 5 di Oristano
 VIA N°
 Via Carducci, 35

CODICE FISCALE

PARTITA I.V.A.
 00681110953

LOCALITÀ / COMUNE
 Oristano

PROVINCIA C.A.P.
 OR 09170

Data di decorrenza e scadenza della Polizza

EFFETTO DALLE ORE 24 31/07/2015
 SCADENZA ALLE ORE 24 31/07/2017

Frazionamento
 TIPO
 SEMESTRALE

Modelli allegati

VEDASI CAPITOLATO ALLEGATO

Data di effetto e scadenza della Rata

EFFETTO DALLE ORE 24 31/07/2015
 SCADENZA ALLE ORE 24 31/01/2016

PROSSIMA QUIETANZA
 31/01/2016

Allegato n° 1 alla deliberazione
 N° _____ del _____
 Composto di n° 1 fogli

Premio annuo

PREMIO NETTO
 € 2.400.000,00

ACCESSORI
 € 0,00

PREMIO IMPONIBILE
 € 2.400.000,00

IMPOSTE
 € 534.000,00

TOTALE PREMIO
 € 2.934.000,00

Premio alla firma

PREMIO NETTO
 € 1.200.000,00

ACCESSORI
 € 0,00

PREMIO IMPONIBILE
 € 1.200.000,00

IMPOSTE
 € 287.000,00

TOTALE PREMIO
 € 1.487.000,00

Dichiarazioni del Contraente

L'assicurazione è regolata dalle condizioni e dichiarazioni contenute negli allegati modelli sopra richiamati, che formano parte integrante del presente contratto e che il Contraente dichiara di conoscere, di aver ricevuto e sottoscritto.

Il presente contratto si compone di n° 16 pagine.

la Società **AmTrust Europe Limited**
 Il Rappresentante legale
 Emmanuele Notter

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre di avere ricevuto, prima della sottoscrizione del contratto, il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa all'Assicurato per il trattamento dei dati personali.

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il sottoscritto Contraente dichiara di aver preso visione e di approvare le condizioni tutte del presente Contratto e, agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, dichiara:

1. di aver preso atto che questo è un contratto di assicurazione nella forma «claims made», a copertura delle richieste di risarcimento avanzate per la prima volta contro l'Assicurato durante il Periodo di Assicurazione e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo;
2. di accettare specificatamente le disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

Il sottoscritto Contraente dichiara altresì di aver preso visione della Informativa per il trattamento dei dati personali ex artt. 23 e segg., D.Lgs. 196/2003, e presta il consenso per il trattamento ed eventuale trasferimento a terzi dei dati per le finalità, secondo le modalità e nei confronti dei soggetti indicati nella predetta Informativa. In particolare, autorizza:

1. la comunicazione dei medesimi dati ai soggetti indicati al punto 3. della predetta Informativa;
2. al trasferimento dei dati all'estero secondo quanto indicato al punto 5. dell'Informativa.

Emesso in triplice copia in Milano il 23/08/2015

L'importo di € _____ è stato pagato oggi _____

L'incaricato _____



AmTrust Europe
 An AmTrust Financial Company

AmTrust Europe Limited
 25 Abchurch Lane, London EC4N 3DF, UK
 Rappresentanza Generale per l'Italia
 Via Paolo De Causimbe, 10112 Milano
 Tel. 02 3438110 - Fax 02 3438111
 C.F. 02075810155 - P.I. 02075810155

COPIA PER ASSICURATO