

POLIZZA N° ITOMM1502050	POLIZZA SOSTITUITA N° ---	RAMO RC	PRODOTTO RC Aziende P	INTERMEDIARIO ***	COD. ***
-----------------------------------	------------------------------	-------------------	---------------------------------	-----------------------------	--------------------

Contraente/Assicurato

Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II		CODICE FISCALE 06909360635	PARTITA I.V.A. 06909360635		
VIA N° Via Pansini, 5		LOCALITÀ / COMUNE Napoli	PROVINCIA NA	C.A.P. 80131	

Data di decorrenza e scadenza della Polizza

EFFETTO DALLE ORE 24 26/09/2015	SCADENZA ALLE ORE 24 26/09/2018
---	---

Frazionamento

TIPO SEMESTRALE

Modelli allegati

VEDASI CAPITOLATO ALLEGATO

Data di effetto e scadenza della Rata

EFFETTO DALLE ORE 24 26/09/2015	SCADENZA ALLE ORE 24 26/03/2016	PROSSIMA QUIETANZA 26/03/2016
---	---	---

Premio annuo

PREMIO NETTO 2.930.000,00 €	ACCESSORI 0,00 €	PREMIO IMPONIBILE 2.930.000,00 €	IMPOSTE 651.925,00 €	TOTALE PREMIO 3.581.925,00 €
---------------------------------------	----------------------------	--	--------------------------------	--

Premio alla firma

PREMIO NETTO 1.465.000,00 €	ACCESSORI 0,00€	PREMIO IMPONIBILE 1.465.000,00 €	IMPOSTE 325.692,50 €	TOTALE PREMIO € 1.790.962,50
---------------------------------------	---------------------------	--	--------------------------------	--

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° **24** pagine.

la Società **Amtrust Europe Limited**
il Procuratore Speciale
Serena Bocchi

il Contraente **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**
Giovanni PERSICO

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.

il Contraente **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**
Giovanni PERSICO

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. 1341e 1342 del Codice Civile, dichiara:

- 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;
- di accettare specificatamente le disposizioni contenute nelle Condizioni di Assicurazione.

il Contraente **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**
Giovanni PERSICO

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:

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

il Contraente **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**
Giovanni PERSICO

Emesso in triplice copia in **Milano** il **18/09/2015**

COPIA PER ASSICURATO

L'importo di € _____ è stato pagato oggi _____

L'incaricato _____

