

Dati Contraente/Assicurato

FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO Cod.Cliente: 31632995

Residenza: **PIAZZA LIBERTA',2**

CAP: **26048**

Città: **SOSPIRO**

Prov.: **CR**

Cod. fiscale/Partita IVA: **80004030195**

Cosa assicuriamo

Esercizio dell'attività: **Servizi Vari**

con sede ubicata in: **PIAZZA LIBERTA',2**

Città: **SOSPIRO**

Provincia: **CR**

CAP: **26048**

Garanzie sottoscritte e Condizioni assicurative

Premi Lordi annui

Responsabilità Civile	Terzi (RCT) Massimale € 5.000.000	€ 46.250,00
	Addetti (RCO) Massimale € 5.000.000	
Condizioni aggiuntive	Franchigia € 1.000,00	

Durata e dati assicurativi

Decorrenza dalle ore **24:00** del **31/12/2024**

alle ore **24:00** del **31/12/2025**

Frazionamento: **Annuale**

Con rate in scadenza il: **31/12**

Polizza sostituita n. **44926LN**

Con scadenza rata il:

Regolazione premio: **NO**

Premio complessivo

	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata (*)	€ 37.832,30	€ 8.417,70	€ 46.250,00
Seguenti	€ 37.832,30	€ 8.417,70	€ 46.250,00

(*) al netto dell'abbuono per sostituzione