

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: **Residenza assistenziale sanitaria**

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 Addetti (RCO) Massimale € 5.000.000 Franchigia attività non sanitaria € 50000 Franchigia attività sanitaria € 50000 Numero posti letto 645 Fatturato di € 37.000.000 Tasso lordo di regolazione del 1,56 per mille Premio minimo pari all'anticipato	€ 57.813,00
Condizioni aggiuntive		

Durata e dati assicurativi

Decorrenza dalle ore **24:00** del **31/12/2025**

alle ore **24:00** del **31/12/2026**

Frazionamento: **Annuale**

Con rate in scadenza il: *********

Polizza sostituita n. **48445MK**

Con scadenza rata il:

Regolazione premio: **SI**

Premio complessivo

	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata (*)	€ 47.290,78	€ 10.522,22	€ 57.813,00
Seguenti	€ =====	€ =====	€ =====

(*) al netto dell'abbuono per sostituzione