

**Dati Contraente/Assicurato**

**SANTA CHIARA MARTIGNANO SRL Cod.Cliente: 29024738**

Residenza: **VIA SALVATORE TRINCHESE,61/D**

CAP: **73100**

Città: **LECCE**

Prov.: **LE**

Cod. fiscale/Partita IVA: **05107920752**

**Cosa assicuriamo**

Esercizio dell'attività: **Residenza assistenziale sanitaria**

con sede ubicata in: **VIA SALVATORE TRINCHESE,61/D** Città: **LECCE**

Provincia: **LE**

CAP: **73100**

Garanzie sottoscritte e Condizioni assicurative		Premi Lordi annui
<b>Responsabilità Civile</b>	Terzi (RCT) Massimale € <b>6.000.000</b> Addetti (RCO) Massimale € <b>2.000.000</b> Franchigia attività non sanitaria € <b>500</b> Franchigia attività sanitaria € <b>1500</b> Numero posti letto <b>150</b> Fatturato di € <b>100.000</b> Tasso lordo di regolazione del <b>12,5</b> per mille <b>Premio minimo pari all'anticipato</b>	€ <b>1.900,00</b>
<b>Condizioni aggiuntive</b>	Dolo o Colpa grave dei dipendenti non esercenti la professione sanitaria Colpa grave dei dipendenti esercenti la professione sanitaria Colpa grave del Direttore sanitario/Responsabile unità operative-funzionali Colpa grave esercenti la professione sanitaria (attività libero-professionale) Colpa grave personale sanitario universitario e specializzandi Colpa grave volontari Colpa grave di prestatori di lavoro autonomo che svolgono attività non sanitaria	

**Durata e dati assicurativi**

Decorrenza dalle ore **24:00** del **15/03/2026**

alle ore **24:00** del **16/07/2027**

Frazionamento: **Annuale**

Con rate in scadenza il: **16/07**

Polizza sostituita n. **47060LU**

Con scadenza rata il:

Regolazione premio: **SI**

**Premio complessivo**

	Imponibile	Imposte	Totale
Prima rata (*)	€ <b>69,11</b>	€ <b>15,39</b>	€ <b>84,50</b>
Seguenti	€ <b>1.554,18</b>	€ <b>345,82</b>	€ <b>1.900,00</b>

(\*) al netto dell'abbuono per sostituzione