

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

1. Avviso importante

- I. Il Proponente/Assicurato si impegna a fornire alla Compagnia i dati necessari per la valutazione del rischio e resta in attesa di conoscere le condizioni per la propria copertura assicurativa.
Le dichiarazioni rese dal proponente/assicurato o dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto, debbono essere **veritiere, esatte e complete** e saranno prese a fondamento del contratto, venendo a costituirne parte integrante.
Tali dichiarazioni hanno valore essenziale per la valutazione del rischio e per il consenso alla stipulazione del contratto; pertanto, anche le risposte alle domande formulate con apposito questionario devono essere veritiere, esatte e complete.
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze dell'proponente/assicurato, relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio - ossia a circostanze tali che la Società non avrebbe dato il suo consenso o lo avrebbe dato a condizioni diverse, se avesse conosciuto il vero stato delle cose-, possono comportare la perdita totale o parziale dell'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.
- II. Il presente Modulo di proposta per l'Assicurazione Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica deve necessariamente essere compilato in tutte le sue parti, firmato e datato dall'proponente/assicurato.
- III. L'assicurazione è prestata nella forma "claims made", ossia a rendere indenne l'Assicurato dalle richieste di risarcimento da questi ricevute per la prima volta durante il Periodo di Assicurazione in corso e da lui denunciate alla Società durante lo stesso periodo, purché siano conseguenza di fatti colposi, errori od omissioni accaduti o commessi non prima della data di retroattività stabilita nella Scheda di Polizza.
- IV. Terminato il Periodo di Assicurazione, cessa ogni obbligo della Società e nessun Sinistro potrà esser a lei denunciato.

2. Dati del Proponente/Assicurato

Indicare di seguito i dati relativi al Proponente/Assicurato

DENOMINAZIONE (COMPANY NAME)	DATA DI COSTITUZIONE (ESTABLISHED IN)	PARTITA I.V.A. (VAT NO.)	
INDIRIZZO SEDE LEGALE VIA N° (HEAD OFFICE ADDRESS)	LOCALITÀ/COMUNE (PLACE/CITY)	PROVINCIA (MUNICIPALITY)	CAP (POSTCODE)
ATTIVITÀ / COMPETENZE ISTITUZIONALI (ACTIVITIES AND / OR INSTITUTIONAL POWERS OF THE COMPANY)			

3. Precedenti assicurativi del Proponente/Assicurato

3.1 Indicare eventuali precedenti assicurativi e se è mai stata rifiutata o disdetta da parte di Compagnia assicurativa una polizza di assicurazione per la Responsabilità Civile Terzi e Prestatori di Lavoro (RCT/RCO)

Non è mai stato assicurato

È già stato assicurato e (Indicare con una X):

Non è mai stata disdetta la polizza per sinistro

È stata disdetta la polizza per sinistro

Non è mai stato rifiutato il rinnovo della polizza

È stato rifiutato il rinnovo della polizza

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

3.2 Se già assicurato fornire i dettagli della polizza

COMPAGNIA ASSICURATRICE: _____

SCADENZA: _____

MASSIMALE PER SINISTRO: _____

MASSIMALE AGGREGATO ANNUO: _____

FRANCHIGIA: _____

PREMIO LORDO ANNUO: _____

4. Dichiarazione del Proponente/Assicurato

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o azioni volte ad accertare la responsabilità del Proponente/Assicurato e quante volte negli ultimi 5 anni:

4.1 Sinistrosità pregressa del Proponente/Assicurato: precedenti richieste di risarcimento

Indicare se sono state avanzate richieste di risarcimento o se siano state promosse azioni legali tese ad accertare la responsabilità civile penale o deontologica del Proponente/Assicurato negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni, indicare quanti sinistri: _____

4.2 Precedenti azioni, omissioni o fatti rilevanti ai fini della valutazione del rischio

Indicare se al Proponente/Assicurato siano note azioni, omissioni o fatti dai quali possano derivare richieste di risarcimento oppure azioni miranti ad accertare la di lui responsabilità civile, penale o deontologica negli ultimi 5 anni.

NO negli ultimi 5 anni SI negli ultimi 5 anni

In caso di risposta affermativa ai quesiti sopra riportati di cui ai punti 4.1 e 4.2 si invita il proponente assicurato a compilare, in ogni sua parte, la Scheda di Sinistrosità allegata al presente modulo di proposta di cui forma parte integrante.

5. Notizie di carattere generale

5.1 Indicare la sede principale e gli eventuali distaccamenti separati alla data di compilazione del presente Modulo di Proposta.

Sede Operativa/Principale INDIRIZZO _____

Distaccamenti INDIRIZZO _____

5.2 Indicare il fatturato (*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni

ANNO	FATTURATO CONSEGUITO	FATTURATO PREVENTIVATO
PROSSIMO ANNO		
ANNO IN CORSO		
I° ANNO PRECEDENTE		
II° ANNO PRECEDENTE		

(*) L'IMPORTO FATTURATO DAL PROPONENTE/ASSICURATO PER TUTTE LE PRESTAZIONI INERENTI L'ATTIVITÀ CARATTERISTICA SVOLTA E PER LE QUALI È PRESTATO L'ASSICURAZIONE, COSÌ COME RISULTANTE DAL BILANCIO O ALTRE SCRITTURE CONTABILI / AMMINISTRATIVE.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

5.3 Indicare le specialità/aree sanitarie che rappresentano le percentuali più elevate nella costituzione del fatturato (*) complessivo conseguito o preventivato nei vari anni così come sopra quantificati

ANNO	SPECIALITÀ/AREE SANITARIE	% FATTURATO
ANNO IN CORSO	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%
1° ANNO PRECEDENTE	1.	%
	2.	%
	3.	%
	4.	%
	5.	%

6. Dettaglio delle attività svolte

6.1 Indicare, relativamente alle attività sotto indicate, se le stesse vengono svolte. In caso affermativo indicare il numero degli **ambienti** ed, in presenza di più sedi, indicare il numero complessivo di ambienti disponibili per singola tipologia.

- | | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|--------------|
| a) LABORATORIO ANALISI CHIMICO-CLINICHE-MICROBIOLOGICHE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| b) DIAGNOSTICA PER IMMAGINI – RADIODIAGNOSTICA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| • MAMMOGRAFIA | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| c) RIABILITAZIONE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| d) AMBULATORI MEDICI PER VISITE | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| e) AMBULATORI MEDICI PER ATTIVITA' INVASIVE (CHIRURGIA MINORE) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |
| f) SALE OPERATORIE PER DAY HOSPITAL E/O DAY SURGERY (CHIRURGIA MINORE) | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | Numero _____ |

INDICARE, DI SEGUITO, IL NUMERO DI AMBIENTI –
COSI' COME DI SEGUITO DEFINITI – NON CONTEGGIATI NELLE LETTERE DA A AD F

Numero _____

NB : PER AMBIENTE SI INTENDE: CIASCUN VANO DISPONIBILE/ACCESSIBILE AI PAZIENTI QUALI, A TITOLO DI ESEMPIO, SALE DI ATTESA, SALE PER L'ESECUZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE CHE GARANTISCA IL RISPETTO DELLA PRIVACY DELL'UTENTE, SALE PER VISITE MEDICHE, SALE DOVE SI EFFETTUANO ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI (COMPRESO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI E RADIODIAGNOSTICA), SALE DOVE SI EFFETTUANO ATTIVITA' DI DAY SURGERY, SALE DOVE SI EFFETTUANO ESAMI DI LABORATORIO, SALE DOVE SI EFFETTUANO TRATTAMENTI DI RIABILITAZIONE, ETC.

6.2 Indicare Specialità e Numero dei Prestatori di Lavoro (Medici ed altro Personale) e di Personale Convenzionato e/o Personale in Libera Prestazione (Medici ed altro Personale) che svolgono le attività oggetto dell'assicurazione nelle tabelle seguenti:

- **ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE**
- **ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE**

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

	ATTIVITÀ CHIRURGICHE E INVASIVE	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO	NUMERO PERSONALE CONVENZIONATO E/O IN LIBERA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI RIFERITE ALL'ULTIMO BILANCIO DI ESERCIZIO
1	Andrologia con attività chirurgica			
2	Angiologia			
3	Cardiochirurgia			
4	Cardiologia interventistica			
5	Chirurgia addominale			
6	Chirurgia d'urgenza e 118			
7	Chirurgia della mano			
8	Chirurgia Estetica Plastica			
9	Chirurgia Generale			
10	Chirurgia Maxillo facciale (con chirurgia estetica)			
11	Chirurgia Maxillo Facciale (no chirurgia estetica)			
12	Chirurgia pediatrica			
13	Chirurgia toracica			
14	Chirurgia vascolare			
15	Dermatologia/Venereologia (Chirurgia Minore)*			
16	Ematologia con attività invasiva			
17	Endocrinochirurgia			
18	Gastroenterologia			
19	Gastroenterologia (Chirurgia Minore)* con Endoscopia Digestiva			
20	Ginecologia con interventi chirurgici (no Ostetricia)			
21	Ginecologia e ostetricia (inclusa fecondazione assistita)			
22	Malattie infettive con attività invasiva			
23	Medicina d'Urgenza e 118			
24	Medicina di base (Chirurgia Minore)*			
25	Medicina estetica con attività invasiva			
26	Medicina Generale con attività invasiva			
27	Medicina interna con attività invasiva			
28	Nefrologia			
29	Neurochirurgia			
30	Neurologia con atti invasivi			
31	Oculistica / Oftalmologia (con chirurgia estetica)			
32	Oculistica / Oftalmologia con chirurgia non estetica			
33	Odontoiatria/Stomatologia con implantologia			
34	Oncologia e Senologia			
35	Ortopedia con Chirurgia Minore e atti invasivi			
36	Ortopedia con traumatologia (esclusi interventi spinali)			
37	Ortopedia con traumatologia (inclusi interventi spinali)			
38	Otorinolaringoiatria (compresa attività estetica)			
39	Otorinolaringoiatria (esclusa attività estetica)			
40	Pediatria con neonatologia e TIN			
41	Pediatria senza neonatologia (Chirurgia Minore)*			
42	Pneumologia con attività invasiva			
43	Radiologia Interventista e neuroradiologia			
44	Terapia del dolore con atti invasivi			
45	Urologia			

NOTA: *Chirurgia minore: quell'attività che comporta interventi che coinvolgono il taglio e cucitura del tessuto in anestesia locale.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

	ATTIVITÀ NON CHIRURGICHE E NON INVASIVE	NUMERO PRESTATORI DI LAVORO	NUMERO PERSONALE CONVENZIONATO E/O IN LIBERA PRESTAZIONE	NUMERO PRESTAZIONI RIFERITE ALL'ULTIMO BILANCIO DI ESERCIZIO
46	Allergologia e Immunologia clinica			
47	Anatomia patologica			
48	Andrologia			
49	Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva			
50	Angiologia			
51	Audiologia			
52	Biochimica Clinica			
53	Cardiologia			
54	Dermatologia- Venereologia			
55	Diabetologia e malattie del metabolismo			
56	Ematologia e Medicina Trasfusionale			
57	Endocrinologia e malattia del ricambio			
58	Epatologia			
59	Farmacia Ospedaliera			
60	Farmacologia			
61	Fisica Medica			
62	Gastroenterologia			
63	Genetica Medica			
64	Geriatrics			
65	Ginecologia senza interventi chirurgici, senza assistenza al parto e senza fecondazione assistita			
66	Igiene degli alimenti			
67	Igiene e medicina preventiva			
68	Malattie infettive			
69	Malattie Tropicali			
70	Medicina Aeronautica e spaziale			
71	Medicina del lavoro			
72	Medicina dello sport			
73	Medicina di Base			
74	Medicina di comunità			
75	Medicina d'urgenza			
76	Medicina estetica			
77	Medicina fisica riabilitativa			
78	Medicina generale			
79	Medicina interna			
80	Medicina legale			
81	Medicina Nucleare			
82	Medicina Termale			
83	Medicine non convenzionali e osteopatiche			
84	Microbiologia/Virologia			
85	Nefrologia			
86	Neurofisiopatologia			
87	Neurologia			
88	Neuropsichiatria			
89	Neuropsichiatria infantile			
90	Oculistica / Oftalmologia senza interventi chirurgici			

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

91	Odontoiatria senza implantologia			
92	Oncologia			
93	Ortopedia senza atti invasivi ma comprese le infiltrazioni			
94	Ostetricia Ambulatoriale senza atti invasivi, senza interventi chirurgici e senza assistenza al parto			
95	Otorinolaringoiatria			
96	Patologia Clinica			
97	Pediatria senza neonatologia			
98	Pneumologia			
99	Psichiatria			
100	Psicologia Clinica			
101	Radiodiagnostica (no mammografia)			
102	Radiodiagnostica con mammografia			
103	Radioterapia			
104	Reumatologia			
105	Scienze dell'alimentazione			
106	Stomatologia senza implantologia			
107	Terapia del dolore e cure palliative			
108	Tossicologia medica			
109	Urologia			

NB : PER PRESTAZIONI SI INTENDONO:

- ATTIVITÀ DIAGNOSTICA/CHIRURGICA INVASIVA QUELL' ATTIVITÀ CHE COMPORTA IL PRELIEVO CRUENTO DI TESSUTI E/O UNA CRUENTAZIONE DEI TESSUTI PER L'INTRODUZIONE DI IDONEO STRUMENTARIO ALL'INTERNO DELL'ORGANISMO SIA AI FINI DIAGNOSTICI SIA TERAPEUTICI.

- ATTIVITÀ CHIRURGICA MINORE QUELL'ATTIVITÀ CHE COMPORTA INTERVENTI CHE COINVOLGONO IL TAGLIO E CUCITURA DEL TESSUTO IN ANESTESIA LOCALE.

: PER PRESTAZIONI SI INTENDONO:

A) PER LE SPECIALITÀ NON CHIRURGICHE E/O INVASIVE CHE PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE: IL NUMERO DI VISITE EFFETTUATE

B) PER LE SPECIALITÀ NON CHIRURGICHE E/O INVASIVE CHE NON PREVEDANO IL CONTATTO DIRETTO CON IL PAZIENTE (ES. ATTIVITÀ DIAGNOSTICA E/O DI REFERTAZIONE): IL NUMERO DI DIAGNOSI FORMULATE E/O ESAMI SVOLTI

C) PER LE SPECIALITÀ CHIRURGICHE E/O INVASIVE: IL NUMERO DI VISITE EFFETTUATE ED IL NUMERO DI INTERVENTI EFFETTUATI (INDICARE LA SOMMA DELLE DUE VOCI)

7. Garanzia Assicurativa richiesta

Indicare, relativamente alla retroattività richiesta di cui al comma IV della Sezione 1 del presente Modulo di Proposta, il numero di anni d'interesse: _____

8. Dichiarazioni del Proponente/Assicurato

- Il proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio.
- Il Proponente/Assicurato prende atto che la compilazione del presente Modulo Proposta NON impegna alla stipulazione della Polizza di assicurazione. Peraltro, qualora il contratto venga concluso, le dichiarazioni rese saranno prese a fondamento del contratto stesso e ne costituiranno parte integrante.
- Il Proponente/Assicurato dichiara altresì di essere informato, ai sensi del D.Lgs. 196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali), che:
 - i dati raccolti saranno trattati dalla Società ai soli fini della valutazione del rischio, della eventuale conclusione del contratto e dell'adempimento dei conseguenti obblighi contrattuali e/o di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati e il consenso al trattamento sono essenziali;
 - i dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa e tramite un'organizzazione e una logica strettamente correlate alle finalità indicate;
 - i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti del settore assicurativo, tra cui anche riassicuratori con sede all'estero, compresi paesi extra UE, consulenti, società di servizi informatici o di archiviazione;
 - allo stesso competono tutti i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 196/03 per l'esercizio di tali diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, ci si può rivolgere a AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia, Via Paolo Da Cannobio 9, 20122 Milano;
 - il titolare del sopra descritto trattamento è AmTrust Europe Limited – Rappresentanza Generale per l'Italia.
- Con la sottoscrizione del presente Modulo Proposta, preso atto di tale informazione, il Proponente/Assicurato acconsente al trattamento dei propri dati, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero nei limiti e con le modalità indicate e nel rispetto della vigente normativa.
- Il Proponente/Assicurato dichiara inoltre di avere ricevuto/stampato e letto il Fascicolo Informativo contenente la Nota Informativa comprensiva del Glossario, le Condizioni di Assicurazione e l'Informativa per il Trattamento dei Dati Personali.

Luogo: _____ Data: _____ Firma del Proponente/Assicurato _____



AmTrust Europe

An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale € 92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia

Via Paolo Da Cannobio 9 • 20122 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO¹

La presente scheda non deve essere restituita in assenza di sinistri/fatti noti rilevanti ai fini della stipula della polizza.

A) Dati Identificativi Proponente/Assicurato:

COGNOME NOME	CODICE FISCALE	DATA RICEZIONE DELLA NOTIFICA
--------------	----------------	-------------------------------

B) Specifiche di dettaglio del sinistro o dei fatti noti di cui ai punti 4.1 e 4.2 della proposta

1) Il Proponente/Assicurato indichi la precisa modalità attraverso la quale è giunto a conoscenza dell'esistenza del sinistro o di fatti noti, di cui rispettivamente al punto 4.1. e 4.2 del questionario:

- Informazione di garanzia
- Atto di citazione
- Ricorso per accertamento tecnico preventivo ex. Art 696 c.p.c
- Richiesta risarcimento danni/reclamo specificare l'ammontare richiesto: € _____
- Ricevimento di istanza di mediazione
- Verbale di Identificazione
- Altro (specificare) _____

2) Indicare la tipologia della pretesa risarcitoria:

- Decesso per _____
- Altro _____
- Ruolo svolto dall'Assicurato _____
- Altre persone coinvolte (generalità, ruolo, responsabilità) _____

C) Specifiche di dettaglio del danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo

- Luogo dell'evento: _____
- Struttura Sanitaria presso la quale si sarebbe verificato l'evento: _____
- Età del paziente: _____
- Data dell'evento: _____
- Tipologia specifica dell'intervento medico prestato: _____
- Tipologia di danno riportato/lamentato dal paziente: _____
- Chiamata in causa dell'Azienda ospedaliera insieme al proponente/assicurato si no
- Percentuale di invalidità attribuita/richiesta al/dal danneggiato e precisare se sia o meno supportata da perizia medica: _____%
- Indichi, altresì, il Proponente/Assicurato eventuali ulteriori specifiche di dettaglio relative al danneggiato/reclamante e dell'evento lesivo, utili ai fini della stipula della polizza:

D) Stato del sinistro

1) Si precisi se vi sia o meno in corso **un procedimento penale** ed in caso affermativo indicarne l'imputazione e la fase del procedimento:

SI

NO

Se si:

Imputazione: _____

Stato e grado del procedimento: _____

¹ La presente scheda si intende da compilarsi per ogni sinistro/fatto noto di cui ai punti 4.1. e 4.2 della allegata proposta, di cui costituisce parte integrante.

Modulo di Proposta per la Responsabilità Civile Professionale per Strutture Ambulatoriali – Laboratori di Analisi – Centri di Diagnostica

SCHEDA SINISTROSITA' PREGRESSA DEL PROPONENTE/ASSICURATO

2) Nel caso in cui **il procedimento penale relativo al sinistro pregresso si sia concluso**, indichi il Proponente/Assicurato l'esito dello stesso:

- Condanna a (specificare) _____
- Patteggiamento (specificare) _____
- Assoluzione
- Proscioglimento
- Non luogo a procedere
- Prescrizione
- Amnistia e indulto
- Decreto penale di condanna

3) Si precisi se sia in corso **un procedimento civile** ovvero se questo si sia concluso, precisando in caso di accoglimento della domanda attorea l'ammontare del danno liquidato e nel caso di impugnazione, il grado di giudizio alla data della sottoscrizione della proposta.

4) Nel caso il sinistro non rientri in nessuno dei casi più sopra elencati, il Proponente/Assicurato indichi esattamente lo stato attuale dello stesso:

Si precisa, altresì, che il Proponente/Assicurato è chiamato ad integrare la presente scheda, con eventuali ulteriori dichiarazioni della stessa natura, allegandole alla proposta stessa, precisando nello spazio riportato più sotto, il numero delle pagine aggiuntive, che dovranno essere, allo scopo, debitamente numerate:

Numero pagine allegate: _____

Ai sensi di legge si dichiara, ed il dichiarante ne prende atto, che tutti i dati riportati nel presente documento saranno acquisiti esclusivamente per le finalità di cui al contratto di copertura assicurativa stipulato con Am Trust Europe Limited.

Infine, il Proponente/Assicurato riconosce che le dichiarazioni rese sono conformi a verità e dichiara di non aver omesso alcun elemento influente sulla valutazione del rischio, circostanza che potrebbe comportare l'inoperatività della garanzia assicurativa.

Nome: _____ Cognome: _____

Data: _____ Firma: _____



AmTrust Europe
An AmTrust Financial Company



AmTrust Europe Limited
Sede Legale Market Square House
St. James Street, Nottingham NG1 6FG
Capitale Sociale €92.000.000,00

Rappresentanza Generale per l'Italia
Via Paolo Da Cannobio 9 • 20122 Milano
Tel. 0283438150 • Fax 0283438174
C.F. 97579510153 • P.I. 07972530963 •
R.E.A. 1969043