



## CERTIFICATO D'ASSICURAZIONE

Con la presente si attesta che la **Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli** con sede legale in Largo Francesco Vito, 1 Roma con riferimento al periodo **30.06.2025 – 31/07/2026**, ha stipulato con la scrivente Compagnia d'Assicurazioni una polizza per la Responsabilità Civile avente ad oggetto le seguenti caratteristiche:

|                                 |   |
|---------------------------------|---|
| <b>Compagnia Assicuratrice:</b> | AmTrust Assicurazioni S.p.A.  |
| <b>Numero di Polizza:</b>       | RCH00020000284  |
| <b>Rischi assicurati:</b>       | Responsabilità Civile verso Terzi<br>Responsabilità Civile verso Prestatori di Lavoro<br>Responsabilità Professionale Sanitaria |
| <b>Massimali assicurati:</b>    | € 15.000.000,00 per sinistro<br>€ 30.000.000,00 per anno  |

Termini, condizioni e sottolimiti sono regolati dalla suddetta polizza.

Tale dichiarazione non modifica in alcun modo le condizioni della polizza.

Milano, 16/03/2026

La Società  
**AmTrust Assicurazioni S.p.A.**  
*Dere Ogliari*