

Polizza INFORTUNI

1 003 00000 00156310155

AGENZIA GERENZA ROMA SDM BROKER SRL										NUMERO ARCHIVIO 156310155	
COD. AG. 1/85884	COD. SUBAG. 101	RAMO 77	NUMERO POLIZZA 185354877	N. ARCH. AG.	PRODOTTO 1031	CLASSE 14	ESERCIZIO 2021	R. PR. 1	GRUPPI 0	D.P. 1	INDICE (TIPO E NUMERO)
EFFETTO POLIZZA 31/12/2021	SCADENZA POLIZZA 31/12/2025	SCADENZA PRIMA RATA 31/03/2022	CODICE RATEAZIONE 4	TRIMESTRALE			DATA EMISSIONE 29/12/2021	SCADENZA VINCOLO			
CONVENZIONE	COD. CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			87663	CODICE PAG.			
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA 01385631005	
FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA - VIALE TIZIANO, 70 - 00196 ROMA RM											
PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO PRIMA RATA			PROV. RISCHIO RM				
PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE			COMBINAZIONE				

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)

GRUPPO 1

	N°	TASSO % ⁽¹⁾	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
NUMERO PERSONE				
INFORTUNI: MORTE		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INVALIDITÀ PERMANENTE		FRANCHIGIA % (2)		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG.		
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

GRUPPO 2

	N°	TASSO % ⁽¹⁾	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
NUMERO PERSONE				
INFORTUNI: MORTE		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INVALIDITÀ PERMANENTE		FRANCHIGIA % (2)		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG.		
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

NOTE:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**Il Contraente dichiara:**

- ✓ di aver ricevuto dal distributore o visionato sul suo sito internet o nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Polizza i documenti precontrattuali contenenti le informazioni sul distributore, le informazioni sulla distribuzione del prodotto collocato e le regole di comportamento del distributore, previsti dal Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018
- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo 1031 edizione comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo modello 1031 edizione, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte, indicate nel frontespizio, nonché le eventuali integrazioni contenute nell'ALLEGATO di POLIZZA, oggetto di trattativa individuale, che in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione prestampate.
- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
 - non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente
 - non si sono verificati sinistri a carico delle garanzie prestate nei tre anni precedenti la stipula della polizza
 - non sono state annullate per sinistro, nè dalla Società nè dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati

Avvertenza: si invita il Contraente a rileggere con attenzione le proprie dichiarazioni, in quanto se non veritiere, inesatte o reticenti possono compromettere il diritto alla prestazione

**UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE**

IL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- ✓ di avere ricevuto l'informativa sul trattamento dei dati personali, anche nell'interesse degli altri eventuali soggetti interessati indicati nel contratto, e di acconsentire al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali (in particolare, sulla salute), ove necessari per il perseguimento delle finalità indicate nell'informativa
- ✓ di impegnarsi a consegnare l'informativa sul trattamento dei dati personali agli altri soggetti interessati indicati nel contratto

IL CONTRAENTE

Polizza emessa il 29/12/2021

**Il premio della rata alla firma è stato pagato il _____
I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.
Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza trimestrale**

L'Agente o l'Incaricato

1031

**Allegato a polizza
INFORTUNI**

NUMERO POLIZZA	1/85884/77/185354877		
AGENZIA	GERENZA ROMA SDM BROKER SRL	CODICE SUBAGENZIA	101

Contraente/Assicurato FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA
Domicilio VIALE TIZIANO, 70 - 00196 ROMA - RM
Partita IVA 01385631005

INTEGRAZIONI E/O MODIFICHE AI CONTENUTI DI POLIZZA

Vedi capitolato allegato.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
(un procuratore)

Il Contraente