

1031

## Polizza INFORTUNI

1 003 00000 00142243915

AGENZIA <b>MILANO</b>										NUMERO ARCHIVIO: 142243915	
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)
1/39347	223	77	172873162		1031	14	2019	1	0	0	
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO	
31/12/2019		31/12/2020		31/12/2020		1		ANNUALE		31/12/2019	
CONVENZIONE			COD. CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG.		
						91600			921		
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
F.I.T.D.S. - VIA REPUBBLICA, 197 - 25068 SAREZZO BS										01712400983	

### PREMI

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO PRIMA RATA	PROV. RISCHIO
6.235,42	935,31	7.170,73	179,27	* 7.350,00	BS
PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE	COMBINAZIONE
6.235,42	935,31	7.170,73	179,27	7.350,00	
CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDI PER SPECIFICO RICHIAMO					
80					

La presente polizza è integrata dal Fascicolo informativo mod.1031 edizione 01/06/2014

### RIPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATI - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)

#### GRUPPO 1

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
NUMERO PERSONE	3.500			
		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INFORTUNI: MORTE		71,707	50.000,00	3.585,37
INVALIDITÀ PERMANENTE		71,707	50.000,00	3.585,37
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)				
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

#### GRUPPO 2

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

#### TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

7.170,74

(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 Morle e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro 6.798,76.

UnipolSai Assicurazioni  
UnipolSai Assicurazioni  
UnipolSai Assicurazioni  
UnipolSai Assicurazioni  
UnipolSai Assicurazioni

**INFORMATIVA HOME INSURANCE**

Ai sensi del Provvedimento IVASS n. 7/2013, a partire dal 7 marzo 2014, nella *home page* del sito internet della Società [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) è disponibile un'apposita Area Riservata, a cui i Contraenti possono accedere per consultare *on line* la propria posizione contrattuale, riferita alla data di aggiornamento specificata.

Le credenziali personali identificative necessarie per l'accesso sono rilasciate ai Contraenti mediante processo di "auto registrazione" *on line* disponibile nell'Area stessa.

**Ai sensi dell'articolo 38 ter del Provvedimento non vi è l'obbligo di attivare le aree riservate per determinate tipologie di polizze relative a rischi particolari.**

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**

Il Contraente dichiara:

- ✓ di aver ricevuto dall'Intermediario assicurativo o visionato nei suoi locali, prima della sottoscrizione della presente Polizza i documenti precontrattuali sugli obblighi di comportamento dell'intermediario e sui dati essenziali del medesimo e della sua attività, nonché le informazioni in materia di conflitti di interesse, previsti dall'art. 56 del Reg. IVASS n. 40 del 2/8/2018;
- ✓ di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Fascicolo Informativo 1031 edizione 01/06/2014 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 01/06/2014, 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 nei tre anni precedenti la stipula della polizza a carico delle garanzie prestate
  - 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 31/12/2019

Il premio della rata alla firma è stato pagato il

02/01/2020

I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Periodicità del premio: le rate successive alla prima avranno cadenza annuale

L'Agente o l'Incaricato

**Unipol**  
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - [unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it](mailto:unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584 - Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00  
Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046  
[www.unipolsai.com](http://www.unipolsai.com) - [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)

1031

## Allegato a polizza INFORTUNI

NUMERO POLIZZA  
AGENZIA1/39347/77/172873162  
MILANO

CODICE SUBAGENZIA

223

**Contraente/Assicurato** F.I.T.D.S.  
**Domicilio** VIA REPUBBLICA, 197 - 25068 SAREZZO - BS  
**Partita IVA** 01712400983

### CONDIZIONI PARTICOLARI E CLAUSOLE

#### 80 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

### INTEGRAZIONI E/O MODIFICHE AI CONTENUTI DI POLIZZA

La presente polizza si intende a copertura degli iscritti alla Federazione occorsi:

- durante lo svolgimento di gare che avvengono sotto l'egida della F.I.T.D.S.;
- durante la partecipazione a manifestazioni organizzate dalla F.I.T.D.S.;
- durante gli allenamenti previsti, disposti, autorizzati o controllati dalle organizzazioni sportive della F.I.T.D.S. e svolti all'interno di aree autorizzate dalle medesime organizzazioni sportive.

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

L'Art. 2.6 "Liquidazione dell'indennizzo per invalidità permanente e relative franchigie", punto, si intende modificato:

"sulla parte di somma assicurata sino a € 50.000,00, l'indennizzo verrà liquidato in relazione al grado di invalidità permanente accertato, con deduzione della franchigia del 3%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di invalidità sia pari od inferiore alla prevista franchigia del 3%; in caso di grado di invalidità accertata superiore al 10% non verrà applicata alcuna franchigia."

#### - Estensioni Speciali :

sono inclusi in garanzia alle condizioni tutte di polizza anche i **corsisti non ancora soci/tesserati** durante la partecipazione ai corsi ufficiali di accesso e successivi organizzati dall'ente contraente e/o in nome e per conto dello stesso. Il premio annuo per tali soggetti viene definito in € 2,10 pro capite e per singolo corso alla quale il corsista prende parte. Si precisa altresì che per gli istruttori iscritti all'albo delle federazione la garanzia vale anche le attività di insegnamento prestate all'interno dei suddetti corsi.

#### **Franchigia su invalidità permanente: 3% che si annulla con IP superiore al 10%.**

Nel caso di morte di un Assicurato genitore, il capitale spettante ai figli minorenni conviventi è aumentato del 50%. Ai figli minorenni sono equiparati i figli maggiorenni che siano portatori di invalidità permanente pari o superiore al 50%; all'Assicurato che non abbia compiuto il quattordicesimo anno di età alla data dell'infortunio sono rimborsate, fino alla concorrenza di € 1.000 per infortunio, le spese documentate sostenute per interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva conseguenti all'infortunio subito;

nel caso di morso di animali, insetti e aracnoidi, che comportino un ricovero in istituto di cura ed a seguito di relativa diagnosi che accerti detto evento, all'Assicurato sono rimborsate, fino alla concorrenza di € 1.000 per infortunio, le relative spese documentate;

nel caso di avvelenamento acuto da ingestione o assorbimento volontario di sostanze che comporti almeno un ricovero con pernottamento in istituto di cura ed a seguito di relativa diagnosi ospedaliera anche di sospetto avvelenamento, all'Assicurato sono rimborsate, fino alla concorrenza di € 1.000 per infortunio, le relative spese documentate;

nel caso di ricovero dell'Assicurato in istituto di cura, a seguito di diagnosi di assideramento, congelamento, colpi di sole o di calore e folgorazione, sono rimborsate, fino alla concorrenza di € 1.000 per infortunio, le relative spese documentate;

qualora l'infortunio, a causa dell'entità delle lesioni, determini l'impossibilità di frequentare lezioni per un periodo che, a norma delle disposizioni ministeriali vigenti, comporta la perdita dell'anno scolastico, al soggetto assicurato è corrisposto un indennizzo incrementato del 20%.

**Calcolo del Premio e Regolazione** - Il Premio anticipato viene calcolato in base ai parametri stabiliti come segue:

CATEGORIE-	NUMERO PREMIO PER	PREMIO
------------	-------------------	--------

UnipolSai Assicurazioni

UnipolSai Assicurazioni

UnipolSai Assicurazioni

UnipolSai Assicurazioni

UnipolSai Assicurazioni

1031

## Allegato a polizza INFORTUNI

NUMERO POLIZZA  
AGENZIA1/39347/77/172873162  
MILANO

CODICE SUBAGENZIA

223

GRUPPI ASSICURATI	PERSONE SINGOLA UNITA' COMPLESSIVO		
1	3.500	2,10	7.350,00

- Resta inteso che la presente polizza è soggetta a regolazione premio, pertanto a tal proposito s'intende richiamata ed operante la Condizione Speciale (cod. 80); si specifica che ai soli fini della determinazione del premio iniziale e della sua regolazione, ai sensi del presente articolo, la Contraente dichiara che al momento della stipula del presente contratto il numero degli assicurati è di 3.500 e su questo numero viene anticipato il Premio di polizza che deve intendersi premio minimo.

- **Identificazione degli Assicurati** - Per l'identificazione degli Assicurati si farà riferimento ai registri della Contraente, che quest'ultima si obbliga ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso.

- **Esonero denuncia infermità, difetti fisici e malformazioni** - La Contraente è esonerata dalla denuncia di infermità, difetti fisici o malformazioni da cui gli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione o che dovessero in seguito sopravvenire.

- **Altre Assicurazioni** - La Contraente/ Assicurato è esonerato dall'obbligo di dichiarare l'esistenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

- **Per tutto quanto non espressamente regolamentato dalle predette Condizioni, valgono le norme contenute nel fascicolo di polizza Mod. 1031.**

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

Il Contraente

Intermediario:   
 Iscrizione Rui:

**VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DELLE POLIZZE DANNI OFFERTE**  
 (Art. 52 Regolamento I.S.V.A.P. n. 5/2006)  
**RISCHI PERSONE NON AUTO**

**Dati anagrafici del Cliente** (del Legale Rappresentante se persona giuridica)

Cognome e Nome o Ragione Sociale Codice Fiscale/P.IVA o luogo e data di nascita

F.I.T.D.S.	01712400983
Indirizzo (Via/Piazza, Città, Prov. CAP)	Professione/Settore di attività
VIA REPUBBLICA 25068 SAREZZO BS	FED.ENTI SPORT.NAZ SCONOSCIUTO
Riferimento della proposta assicurativa offerta (Numero preventivo, numero di polizza, altri riferimenti, etc.)	

Gentile Cliente,

Il seguente questionario ha lo scopo di raccogliere gli elementi utili, affinché il contratto che le proporremo risulti quanto più possibile conforme alle Sue esigenze ed ai Suoi obiettivi.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di fornire, in tutto o in parte, informazioni a ciò finalizzate, potrebbe pregiudicare l'obiettivo illustrato e richiederebbe una Sua specifica dichiarazione.

Qualora dovessimo formularle una proposta assicurativa non adeguata in relazione alle informazioni da Lei fornite, l'Intermediario assicurativo avrà il dovere di informarla con apposita dichiarazione; nel caso in cui Lei intendesse, comunque, concludere il contratto, dovrà confermare espressamente per iscritto la sua volontà.

**Prima di rispondere alle domande del presente questionario La invitiamo a leggere con attenzione la seguente informativa, che contiene alcune informazioni utili sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti ai sensi della normativa sulla privacy.**

**UnipolSai Assicurazioni S.p.A.** (Titolare del trattamento dei dati) La informa che, ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 - Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti unicamente con lo scopo di valutare l'adeguatezza del contratto assicurativo propostoLe in relazione alla Sue esigenze assicurative nonché alla Sua propensione al rischio. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni). I dati potranno solo essere comunicati a Compagnie di Riassicurazione, anche estere, per consentire ad UnipolSai Assicurazioni di stipulare coperture riassicurative e ad altre Compagnie Assicuratrici per la eventuale cessione di quote di coassicurazione. La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito [privacy@unipolsai.it](mailto:privacy@unipolsai.it) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

**A1 - Informazioni preliminari**

Sono state acquisite e fornite informazioni su:

Ambito della copertura assicurativa:	Privato <input type="checkbox"/>	Lavorativo <input type="checkbox"/>	Non sa/Non risponde <input type="checkbox"/>
Obbligatorietà della copertura assicurativa:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non sa/Non risponde <input type="checkbox"/>
Esistenza di altre coperture assicurative:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Non sa/Non risponde <input type="checkbox"/>
Tipologia delle eventuali coperture esistenti:	Infurtuni <input type="checkbox"/>	Malattie <input type="checkbox"/>	Incendio <input type="checkbox"/> Furto <input type="checkbox"/>
Altri Danni ai Beni <input type="checkbox"/>	Responsabilità Civile <input type="checkbox"/>	Multirischi in Genere <input type="checkbox"/>	Altro <input type="checkbox"/>

**A2 - Informazioni sull'importo investibile dal Cliente**

Il Cliente è disposto ad investire (annualmente) nella copertura assicurativa richiesta:

fino a 250 Euro/annui <input type="checkbox"/>	fino a 500 Euro/annui <input type="checkbox"/>	fino a 1.000 Euro/annui <input type="checkbox"/>
oltre 1.000 Euro/annui <input type="checkbox"/>	Non sa/Non Risponde <input type="checkbox"/>	

**A3 - Informazioni relative al Cliente e alle sue aspettative (obiettivi assicurativi e soggetti da tutelare)**

protezione della persona propria e/o familiari in caso di:

<input type="checkbox"/> individuale	<input type="checkbox"/> nucleo familiare	<input type="checkbox"/> Infortuni <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Malattie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> infortuni		<input type="checkbox"/> collettività	<input type="checkbox"/> a favore di terzi

nell'attività lavorativa  
 nel tempo libero/attività domestiche  
 durante la circolazione dei veicoli/natanti

malattie

rimborso delle Spese di Cura  
 indennità per la tutela del proprio reddito (Diarie e capitale per Invalidità Permanente)  
 possibilità di fruire di "servizi di assistenza" relativi alla salute (infortunio/malattia)

**protezione per l'abitazione e/o per il proprio patrimonio privato**

- per danneggiamento dell'abitazione e relativo contenuto (da incendio, scoppio, acqua condotta, fenomeni elettrici, eventi naturali e sociopolitici, etc.)
- per sottrazione di beni (furto, scippo, rapina, etc.)
- per richieste risarcimento per danni a terzi (provocati dal nucleo familiare nella vita privata)
- per rimborso spese legali sostenute a seguito di richieste di risarcimento
- possibilità di fruire di "servizi di assistenza" relativi all'abitazione

**B1 - Argomenti trattati su caratteristiche ed eventuali limitazioni alle prestazioni del contratto offerto**

Sono state <b>illustrate</b> le caratteristiche essenziali e prestazioni obbligatoriamente fornite?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono state <b>precisate</b> la durata prevista, se necessario rapportandola all'età del Contraente/Assicurato, l'eventualità di rinnovo tacito o espresso nonché facoltà e modalità di recesso?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono stati <b>esposti</b> i contenuti del contratto e delle garanzie prestate e, in particolare:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Rivalse/franchigie/scoperti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Tipologia della reintegrazione/ristoro previsti (valore intero, a nuovo, a forfait, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Periodi di carenza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Delimitazioni dell'oggetto della garanzia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Esclusioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Decadenze	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Massimali/capitali/somme assicurate	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Riduzione degli importi assicurati in particolari casi (sottolimiti)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Periodi massimi di erogazione delle prestazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Validità temporale della garanzia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Criteri di indennizzabilità/risarcimento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Nel caso sia stata proposta o richiesta garanzia per il caso Morte, è stata analizzata la necessaria presenza di <b>eredi e/o possibili beneficiari</b> designati?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**C1 - Dichiarazione sulla finalità delle informazioni fornite**

Il **Cliente** dichiara di aver puntualmente ed esaurientemente fornito le informazioni che precedono ai fini dell'adeguatezza della proposta assicurativa formulatagli.

L'**Intermediario** dichiara che sono state illustrate e valutate col Cliente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

Data 31/12/2019

Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

Agente  Sub-agente  Collaboratore

**C2 - Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**

Il **Cliente** dichiara di non voler fornire una o più delle informazioni richieste, pur consapevole che ciò può pregiudicare la valutazione dell'adeguatezza della proposta assicurativa, comunque illustrata dall'Intermediario, alle sue esigenze assicurative.

L'**Intermediario** prende atto che il Cliente non vuole fornire una o più informazioni richieste.

Data 31/12/2019

Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

Agente  Sub-agente  Collaboratore

**C3 - Dichiarazione di volontà di acquisto**

Il **Cliente** dichiara di essere stato ragguagliato dall'**Intermediario**, in seguito alle informazioni scambiate, dei motivi, più sotto riportati, dell'inadeguatezza della proposta assicurativa da Lui richiesta.  
Motivi dell'inadeguatezza:

Il **Cliente** dichiara di voler ugualmente sottoscrivere il contratto richiesto.

Data 31/12/2019

Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

Agente  Sub-agente  Collaboratore

## APPENDICE INTEGRATIVA DEL FASCICOLO INFORMATIVO INFORTUNI

La presente appendice integrativa costituisce parte integrante del Fascicolo informativo, ed è valida a decorrere dal 28 giugno 2018

La presente appendice integrativa - consultabile sul sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) - prevede l'aggiornamento delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo.

In particolare l'aggiornamento è reso necessario in conseguenza della Lettera al mercato IVASS del 28 febbraio 2018 riguardante le modalità di accertamento dell'invalidità e non trasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo per invalidità permanente nelle polizze infortuni e malattia, e riguarda le Condizioni di Assicurazione nella sezione 2 - Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, all'Art. 2.1 - Obblighi in caso di Sinistro.

Viene di seguito riportato il nuovo testo dell'articolo opportunamente modificato.

### CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

#### 2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

##### Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero:

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Direttore Generale  
Matteo Laterza



