

# Atleti non professionisti

## Infortuni Cumulativa

### Riepilogo delle richieste ed esigenze assicurative del cliente

Avere notizie e informazioni sulle sue richieste ed esigenze assicurative è indispensabile perchè la Compagnia e i suoi distributori possano offrirle prodotti coerenti alle stesse. Le chiediamo quindi di prestare particolare attenzione ai dati contenuti in questo documento, confermando quelli già forniti.

#### I tuoi dati

Contraente FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS E PADEL ASSOCIAZ.

CF/P.IVA 01379601006

Indirizzo VIALE DELLO STADIO OLIMPICO SNC CURVA NOR - 00135 ROMA

#### La tua Polizza

500048860

#### Agenzia

Gerenza di CANALE BROKER ROMA

#### E-mail

#### Indirizzo

P.ZZA TRE TORRI 3, 20145 MILANO

#### Telefono

Telefono 06 67681

**Trattativa svolta da** MAISTI GLORIA

# Atleti non professionisti Infortuni Cumulativa

Polizza n. 500048860



La presente soluzione è coerente con le sue esigenze in considerazione delle preferenze da lei manifestate in sede di raccolta delle sue necessità assicurative per un prodotto focalizzato su rischi selezionati secondo criteri specifici che, rispetto ad altri prodotti offerti, consente un maggior grado di flessibilità nella personalizzazione delle garanzie in relazione a tali rischi.

## BISOGNO ASSICURATIVO PRINCIPALE

- ▶ Morte derivante da infortunio entro i due anni dal giorno dell'evento
- ▶ Invalidità permanente da Infortunio manifestatasi nei due anni dal giorno dell'Infortunio.
- ▶ Si rimborsano le spese mediche sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dell'Infortunio indennizzabile.

## SITUAZIONE ASSICURATIVA

- Il Cliente non ha attualmente in essere coperture assicurative concorrenti rispetto ai bisogni assicurativi di cui alle precedenti voci.



## LE RICORDIAMO CHE

- Il suo agente/l'intermediario è a sua disposizione per aiutarla e per fornirle ogni eventuale chiarimento.
- È importante che le informazioni ed i dati che ci fornisce siano completi, veritieri e aggiornati, dal momento che solo sulla base degli stessi potranno essere formulate proposte coerenti con le sue richieste ed esigenze assicurative.
- Al riguardo, le ricordiamo sin d'ora di prestare particolare attenzione ai massimali previsti per ciascuna garanzia, nonché ad eventuali limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, verificando che siano conformi alle sue aspettative.
- Le rammentiamo, infine, che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C..
- Le rammentiamo che la proposta formulata si basa sulle informazioni da lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.

Data: 30/05/2024

Firma dell'Intermediario



Firma del Contraente/Delegato



# Atleti non professionisti Infortuni Cumulativa

Polizza n. 500048860



# Atleti non professionisti

## Infortuni Cumulativa

### La tua polizza

Numero 500048860

Contraente FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS E PADEL ASSOCIAZ.

### La tua Agenzia

Gerenza di CANALE BROKER ROMA

P.ZZA TRE TORRI 3, 20145 MILANO

Telefono 06 67681

E-mail info@valuebroker.it

### Area Personale

[www.allianz.it/areapersonale](http://www.allianz.it/areapersonale)

Per consultare in ogni momento le informazioni relative alla tua polizza, alle scadenze e ai sinistri

### Servizio Clienti



Per qualsiasi informazione,  
chiarimento o supporto

01K 00005000488606



## Elenco documenti

### Si consegnano al cliente i seguenti documenti

---

- Condizioni di assicurazione
- Allegato 3 - Informativa sul distributore
- Allegato 4 - Informazioni sulla distribuzione del prodotto non-IBIP
- Scheda di Polizza

**La presente copertina non costituisce parte del contratto.**

---

### Allianz per te

La tua Area Personale sul web è ancora più ricca e aggiornata, per consultare in ogni momento la tua posizione assicurativa, e i principali documenti contrattuali.

Per accedere collegati al sito Allianz.it, registrati nella sezione "Area Personale", richiedi le tue credenziali di accesso e scopri tutte le novità a te dedicate.

---

## Scheda di Polizza

### Contraente - Assicurato

Ragione Sociale: FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS E PADEL ASSOCIAZ.  
Codice fiscale/Partita IVA: 01379601006  
Indirizzo: VIALE DELLO STADIO OLIMPICO SNC CURVA NOR  
C.A.P.: 00135 Città: ROMA (RM)

### Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 31/05/2024 Scadenza: ore 24:00 del 11/08/2024  
Durata: anni 0 / mesi 2 / giorni 11  
Al presente contratto viene applicata la deroga al tacito rinnovo.

### Sezioni operanti e dettaglio premi (importi espressi in euro)

Sezioni per l'Assicurato - FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS E PADEL	Premi lordi
Infortunati	20.000,01
<b>Totale</b>	<b>20.000,01</b>

### Premio

Importo per il periodo assicurativo comprensivo delle imposte: **20.000,01 euro**  
Periodicità del pagamento: in unica soluzione Prossima data di pagamento: non prevista

Importo alla firma: 20.000,01 euro

### Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma *on line*, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
- denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

### Altri estremi contrattuali

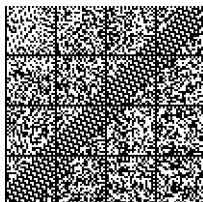
Contratto: nuovo Prodotto: MODELLO GENERICO INFORTUNI  
Polizza a regolazione premi

### Condizioni particolari di polizza

#### B - Clausola broker

#### Clausola di assunzione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive integrazioni e modificazioni

Il Contraente (stazione appaltante) e la Società (appaltatore) assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni.



01K 00005000488606



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

Ai sensi dell'art.3 comma 5, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni, le transazioni finanziarie inerenti il presente contratto d'appalto devono essere eseguite avvalendosi di uno o più conti correnti accesi presso banche o Poste Italiane S.p.A., secondo le modalità stabilite dall'art. 3 comma 1, L.136/2010, riportando obbligatoriamente il Codice Identificativo di Gara (CIG), richiesto dal Contraente e attribuito dall'ANAC - Autorità Nazionale Anticorruzione e ove obbligatorio ai sensi dell'art. 11 L.3/2003, il Codice Unico di Progetto (CUP), come previsto dall'art. 3 comma 5, L.136/2010.

Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità dei flussi finanziari, determina la risoluzione di diritto del presente contratto.

### Composizione del premio alla firma (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Imp. Prima rata (1)	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo alla firma
Infortuni	19.512,20	2,50 %	487,81	20.000,01
<b>Totali</b>	<b>19.512,20</b>		<b>487,81</b>	<b>20.000,01</b>

(1) Se è previsto il pagamento frazionato e/o se a fronte del presente contratto sono stati applicati degli sconti per la prima annualità, l'imponibile di prima rata è comprensivo del costo per pagamento frazionato ed è al netto degli sconti.

### Condizioni di assicurazione

#### DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il presente contratto è disciplinato dagli articoli delle Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario ed 228-12/2020

#### Dettaglio delle garanzie prestate- Calcolo del premio

L'assicurazione è prestata a favore dei ragazzi partecipanti ai centri estivi organizzati dalla società contraente e dei collaboratori che lavoreranno nei centri estivi e seguiranno i ragazzi partecipanti.

Si precisa che i Collaboratori sono contrattualmente assunti dalla Spettabile Mario Belardinelli Società sportiva Srl controllata al 100% della Spett.le Contraente.

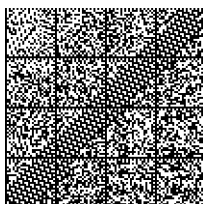
Ubicazione centri estivi :

Castel di Sangro, Via Sangro, 94, 67031 Castel di Sangro AQ

Fiuggi, Via Capo i Prati, 9, 03014 Fiuggi FR

Serramazzoni, Via Braglia 104, 41028 Serramazzoni

Sciacca Via Lido Sovareto, 92019 Sciacca AG



01K 00005000488606



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

Sibari Località, Via Salicetta, 87011 Cassano all'Ionio CS

Paderno del Grappa Via S. Giacomo, 4 - 31017

Il Brallo - Località Pregola 27050 Brallo di Pregola (Pavia)

**PERIODO: dalle ore 24 del 31 Maggio 2024 alle ore 24 dell' 11 Agosto 2024****Garanzia - Somme assicurate per persona**

Somma assicurata caso Morte Euro 50.000,00

Somma assicurata Invalidità permanente Euro 50.000,00 con franchigia 3% ed annullamento al superamento del 20%

Rimborso spese di cura da infortunio Euro 1.500,00 con Forfait per frattura radiologicamente accertata Euro 200,00

N. teste allievi preventivate per l'intero periodo di copertura: 4.400

Premio lordo finito pro capite Euro 4,50

Premio lordo per n. 4.400 teste Euro 19.800,00

n. teste collaboratori preventivate 80

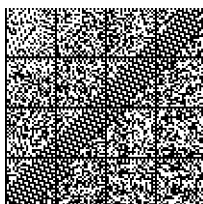
Premio forfait per i Collaboratori Euro 200,00

Premio lordo complessivo di polizza Euro 20.000,00

Premio minimo comunque acquisito pari al 70% del premio anticipato

**CONDIZIONI DI POLIZZA**

La copertura viene estesa agli 80 volontari/collaboratori che assistono i partecipanti alle medesime condizioni tutte previste di contratto.

**CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE ED OPERANTI in quanto espressamente richiamate:****Franchigia**

01K 00005000488606



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

- sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata e' di grado pari od inferiore al 3% della totale;
- se invece essa risulta di grado superiore al 3% l'indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente il 3%.
- nel caso in cui la percentuale di IP riconosciuta e' pari o superiore al 20% l'indennizzo verrà corrisposto senza deduzione di alcuna franchigia.

**RSM**-rimborso spese mediche - a parziale deroga di quanto indicato nelle Condizioni Particolari di Assicurazione, l'Impresa rimborsa fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato di Euro 1.500,00 per persona e per anno assicurativo con lo scoperto del 10% ed il minimo di Euro 50,00 per sinistro.

**BF - Buona fede**

**P - Deroga alla proroga del contratto**

**B1 Clausola Broker -VALUE SPA**

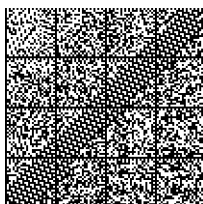
**CAT - Limite catastofale** A parziale deroga di quanto indicato nelle Condizioni Particolari di assicurazione l'esborso massimo complessivo a carico dell'Impresa non potrà superare l'importo di euro 15.000.000

**RP1 - Regolazione del premio**

## Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara:

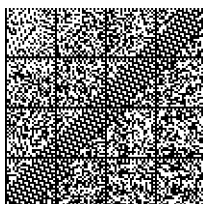
- che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, società;
- che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;
- che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

Il Contraente dichiara inoltre di non aver subito richieste di natura estorsiva, minacce a tal fine ovvero danni per finalità di ritorsione conseguente al rifiuto delle richieste.



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

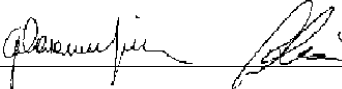
### Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

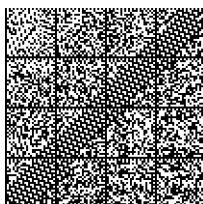
- di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:
  - il set informativo costituito da DIP Danni, DIP aggiuntivo Danni e Condizioni di assicurazione comprensive del glossario o, nei casi previsti dall' art. 27 del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modificazioni e/o integrazioni, le Condizioni di assicurazione;
  - copia del documento "Informativa sul distributore" conforme all'allegato 3, del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
  - copia del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP" conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- in caso di Assicurati diversi dal Contraente di impegnarsi a consegnare a ciascuno di essi la documentazione precontrattuale prevista ai sensi di legge e di fornire le informazioni previste dal GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 279/2016) in ordine al trattamento dei dati personali, esonerando così l'Intermediario ed Allianz S.p.A. da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dalla mancata ottemperanza a tali obblighi;
- che l'onere del pagamento del premio è esclusivamente a suo carico;
- fatta eccezione per il caso in cui le Condizioni di assicurazione prevedano la non applicabilità dell'aggravamento di rischio e l'esonero per il Contraente dall'obbligo di cui all'articolo 1898 del codice civile, di essere consapevole che in caso di aggravamento del rischio deve darne comunicazione scritta all'Impresa e che gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia del presente contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che il presente contratto non contiene cancellature o rettifiche.

Sottoscritto il \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

Allianz S.p.a.

  
\_\_\_\_\_

Firma del Contraente/Delegato



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre:

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

### CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Durata e proroga dell'assicurazione
- Recesso in caso di sinistro
- Aggravamento del rischio

### NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

- Esclusioni
- Persone non assicurabili
- Valutazione del danno
- Obblighi in caso di sinistro
- Pagamento dell'indennizzo

Firma del Contraente/Delegato

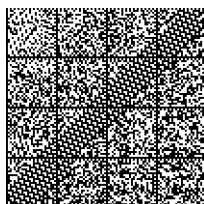


- di essere stato messo in condizione di assumere una decisione informata, avendo manifestato le proprie richieste ed esigenze assicurative così come riepilogate nel documento "Riepilogo delle RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE" e avendo ricevuto dall'Intermediario le informazioni sul prodotto assicurativo.

Firma dell'Intermediario



Firma del Contraente/Delegato





# Atleti non professionisti

## Infortuni Cumulativa

### Riepilogo delle richieste ed esigenze assicurative del cliente

Avere notizie e informazioni sulle sue richieste ed esigenze assicurative è indispensabile perchè la Compagnia e i suoi distributori possano offrirle prodotti coerenti alle stesse. Le chiediamo quindi di prestare particolare attenzione ai dati contenuti in questo documento, confermando quelli già forniti.

#### I tuoi dati

Contraente FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS E PADEL ASSOCIAZ.

CF/P.IVA 01379601006

Indirizzo VIALE DELLO STADIO OLIMPICO SNC CURVA NOR - 00135 ROMA

#### La tua Polizza

500048860

#### Agenzia

Gerenza di CANALE BROKER ROMA

#### E-mail

#### Indirizzo

P.ZZA TRE TORRI 3, 20145 MILANO

#### Telefono

Telefono 06 67681

**Trattativa svolta da** MAISTI GLORIA

# Atleti non professionisti Infortuni Cumulativa

Polizza n. 500048860



La presente soluzione è coerente con le sue esigenze in considerazione delle preferenze da lei manifestate in sede di raccolta delle sue necessità assicurative per un prodotto focalizzato su rischi selezionati secondo criteri specifici che, rispetto ad altri prodotti offerti, consenta un maggior grado di flessibilità nella personalizzazione delle garanzie in relazione a tali rischi.

## BISOGNO ASSICURATIVO PRINCIPALE

- ▶ Morte derivante da infortunio entro i due anni dal giorno dell'evento
- ▶ Invalidità permanente da Infortunio manifestatasi nei due anni dal giorno dell'Infortunio.
- ▶ Si rimborsano le spese mediche sostenute dall'Assicurato per le conseguenze dell'Infortunio indennizzabile.

## SITUAZIONE ASSICURATIVA

- Il Cliente non ha attualmente in essere coperture assicurative concorrenti rispetto ai bisogni assicurativi di cui alle precedenti voci.



## LE RICORDIAMO CHE

- Il suo agente/l'intermediario è a sua disposizione per aiutarla e per fornirle ogni eventuale chiarimento.
- È importante che le informazioni ed i dati che ci fornisce siano completi, veritieri e aggiornati, dal momento che solo sulla base degli stessi potranno essere formulate proposte coerenti con le sue richieste ed esigenze assicurative.
- Al riguardo, le ricordiamo sin d'ora di prestare particolare attenzione ai massimali previsti per ciascuna garanzia, nonché ad eventuali limitazioni alle coperture assicurative, esclusioni, franchigie e scoperti, verificando che siano conformi alle sue aspettative.
- Le rammentiamo, infine, che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della stessa assicurazione ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892 e 1893 C.C..
- Le rammentiamo che la proposta formulata si basa sulle informazioni da lei fornite, come riepilogate nel presente documento. La invitiamo, dunque, a confermare la correttezza di quanto qui riportato, sottoscrivendo il presente modulo dopo attenta rilettura.

Data: 30/05/2024

Firma dell'Intermediario



Firma del Contraente/Delegato



# Atleti non professionisti Infortuni Cumulativa

Polizza n. 500048860



## Scheda di Polizza

### Contraente - Assicurato

Ragione Sociale: FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS E PADEL ASSOCIAZ.  
Codice fiscale/Partita IVA: 01379601006  
Indirizzo: VIALE DELLO STADIO OLIMPICO SNC CURVA NOR  
C.A.P.: 00135 Città: ROMA (RM)

### Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 31/05/2024 Scadenza: ore 24:00 del 11/08/2024  
Durata: anni 0 / mesi 2 / giorni 11  
Al presente contratto viene applicata la deroga al tacito rinnovo.

### Sezioni operanti e dettaglio premi (importi espressi in euro)

Sezioni per l'Assicurato - FEDERAZIONE ITALIANA TENNIS E PADEL	Premi lordi
Infortunati	20.000,01
<b>Totale</b>	<b>20.000,01</b>

### Premio

Importo per il periodo assicurativo comprensivo delle imposte: **20.000,01 euro**  
Periodicità del pagamento: in unica soluzione Prossima data di pagamento: non prevista

Importo alla firma: 20.000,01 euro

### Il Contraente può utilizzare, a titolo di versamento dei premi assicurativi, i seguenti mezzi di pagamento:

- assegni bancari o circolari, muniti della clausola di non trasferibilità, intestati o girati all'impresa di assicurazione oppure all'intermediario, espressamente in tale qualità;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, inclusi gli strumenti di pagamento elettronici, anche nella forma *on line*, che abbiano quale beneficiario uno dei soggetti indicati al precedente punto 1;
- denaro contante, esclusivamente per i contratti di assicurazione contro i danni con il limite di settecentocinquanta (750) euro annui per ciascun contratto.

### Altri estremi contrattuali

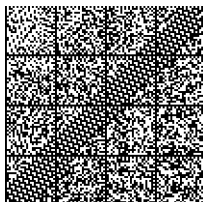
Contratto: nuovo Prodotto: MODELLO GENERICO INFORTUNI  
Polizza a regolazione premi

### Condizioni particolari di polizza

#### B - Clausola broker

#### Clausola di assunzione degli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi della Legge 13 agosto 2010 n. 136 e successive integrazioni e modificazioni

Il Contraente (stazione appaltante) e la Società (appaltatore) assumono gli obblighi di tracciabilità dei flussi finanziari ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 3, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni.



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

Ai sensi dell'art.3 comma 5, L.136/2010, e successive modificazioni ed integrazioni, le transazioni finanziarie inerenti il presente contratto d'appalto devono essere eseguite avvalendosi di uno o più conti correnti accesi presso banche o Poste Italiane S.p.A., secondo le modalità stabilite dall'art. 3 comma 1, L.136/2010, riportando obbligatoriamente il Codice Identificativo di Gara (CIG), richiesto dal Contraente e attribuito dall'ANAC - Autorità Nazionale Anticorruzione e ove obbligatorio ai sensi dell'art. 11 L.3/2003, il Codice Unico di Progetto (CUP), come previsto dall'art. 3 comma 5, L.136/2010.

Il mancato utilizzo del bonifico bancario o postale ovvero degli altri strumenti idonei a consentire la piena tracciabilità dei flussi finanziari, determina la risoluzione di diritto del presente contratto.

### Composizione del premio alla firma (importi espressi in euro)

Ramo di garanzia	Imp. Prima rata (1)	Aliquota Imposta	Importo Imposte	Importo lordo alla firma
Infortuni	19.512,20	2,50 %	487,81	20.000,01
<b>Totali</b>	<b>19.512,20</b>		<b>487,81</b>	<b>20.000,01</b>

(1) Se è previsto il pagamento frazionato e/o se a fronte del presente contratto sono stati applicati degli sconti per la prima annualità, l'imponibile di prima rata è comprensivo del costo per pagamento frazionato ed è al netto degli sconti.

### Condizioni di assicurazione

#### DISCIPLINA DEL CONTRATTO

Il presente contratto è disciplinato dagli articoli delle Condizioni di assicurazione comprensive del Glossario ed 228-12/2020

#### Dettaglio delle garanzie prestate- Calcolo del premio

L'assicurazione è prestata a favore dei ragazzi partecipanti ai centri estivi organizzati dalla società contraente e dei collaboratori che lavoreranno nei centri estivi e seguiranno i ragazzi partecipanti.

Si precisa che i Collaboratori sono contrattualmente assunti dalla Spettabile Mario Belardinelli Società sportiva Srl controllata al 100% della Spett.le Contraente.

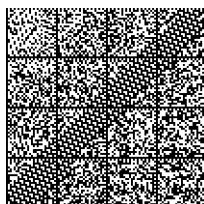
Ubicazione centri estivi :

Castel di Sangro, Via Sangro, 94, 67031 Castel di Sangro AQ

Fiuggi, Via Capo i Prati, 9, 03014 Fiuggi FR

Serramazzoni, Via Braglia 104, 41028 Serramazzoni

Sciaccia Via Lido Sovareto, 92019 Sciaccia AG



01K 00005000488606



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

Sibari Località, Via Salicetta, 87011 Cassano all'Jonio CS

Paderno del Grappa Via S. Giacomo, 4 - 31017

Il Brallo - Località Pregola 27050 Brallo di Pregola (Pavia)

**PERIODO: dalle ore 24 del 31 Maggio 2024 alle ore 24 dell' 11 Agosto 2024****Garanzia - Somme assicurate per persona**

Somma assicurata caso Morte Euro 50.000,00

Somma assicurata Invalidità permanente Euro 50.000,00 con franchigia 3% ed annullamento al superamento del 20%

Rimborso spese di cura da infortunio Euro 1.500,00 con Forfait per frattura radiologicamente accertata Euro 200,00

N. teste allievi preventivate per l'intero periodo di copertura: 4.400

Premio lordo finito pro capite Euro 4,50

Premio lordo per n. 4.400 teste Euro 19.800,00

n. teste collaboratori preventivate 80

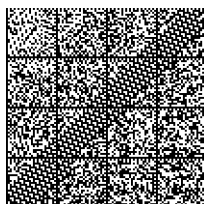
Premio forfait per i Collaboratori Euro 200,00

Premio lordo complessivo di polizza Euro 20.000,00

Premio minimo comunque acquisito pari al 70% del premio anticipato

**CONDIZIONI DI POLIZZA**

La copertura viene estesa agli 80 volontari/collaboratori che assistono i partecipanti alle medesime condizioni tutte previste di contratto.

**CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE ED OPERANTI in quanto espressamente richiamate:****Franchigia**

01K 00005000488606



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

- sul capitale assicurato non si farà luogo ad alcun indennizzo quando l'invalidità permanente accertata e' di grado pari od inferiore al 3% della totale;
- se invece essa risulta di grado superiore al 3% l'indennità viene corrisposta calcolandola sulla somma assicurata in base alla percentuale eccedente il 3%.
- nel caso in cui la percentuale di IP riconosciuta e' pari o superiore al 20% l'indennizzo verrà corrisposto senza deduzione di alcuna franchigia.

**RSM**-rimborso spese mediche - a parziale deroga di quanto indicato nelle Condizioni Particolari di Assicurazione, l'Impresa rimborsa fino a concorrenza per anno assicurativo del massimale indicato di Euro 1.500,00 per persona e per anno assicurativo con lo scoperto del 10% ed il minimo di Euro 50,00 per sinistro.

**BF - Buona fede**

**P - Deroga alla proroga del contratto**

**B1 Clausola Broker -VALUE SPA**

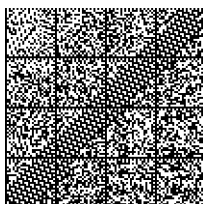
**CAT - Limite catastofale** A parziale deroga di quanto indicato nelle Condizioni Particolari di assicurazione l'esborso massimo complessivo a carico dell'Impresa non potrà superare l'importo di euro 15.000.000

**RP1 - Regolazione del premio**

## Dichiarazioni del Contraente

Il Contraente dichiara:

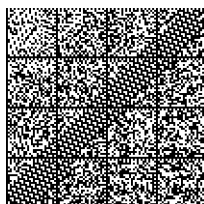
- che al momento dell'emissione di questo contratto non sono in vigore altre coperture assicurative per i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza, ad eccezione di eventuali coperture assicurative cumulative offerte da associazioni, enti, società;
- che non vi sono stati annullamenti o disdette di coperture assicurative aventi per oggetto i medesimi rischi garantiti dalla presente Polizza;
- che nel triennio precedente l'emissione di questo contratto non si sono verificati sinistri causati da eventi in relazione ai rischi previsti dalla presente Polizza;



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

Il Contraente dichiara inoltre di non aver subito richieste di natura estorsiva, minacce a tal fine ovvero danni per finalità di ritorsione conseguente al rifiuto delle richieste.



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

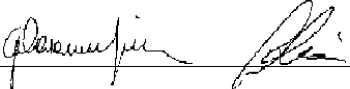
### Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

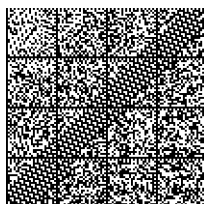
- di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:
  - il set informativo costituito da DIP Danni, DIP aggiuntivo Danni e Condizioni di assicurazione comprensive del glossario o, nei casi previsti dall' art. 27 del Regolamento IVASS 41/2018 e successive modificazioni e/o integrazioni, le Condizioni di assicurazione;
  - copia del documento "Informativa sul distributore" conforme all'allegato 3, del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
  - copia del documento "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP" conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- in caso di Assicurati diversi dal Contraente di impegnarsi a consegnare a ciascuno di essi la documentazione precontrattuale prevista ai sensi di legge e di fornire le informazioni previste dal GDPR (Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati 279/2016) in ordine al trattamento dei dati personali, esonerando così l'Intermediario ed Allianz S.p.A. da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dalla mancata ottemperanza a tali obblighi;
- che l'onere del pagamento del premio è esclusivamente a suo carico;
- fatta eccezione per il caso in cui le Condizioni di assicurazione prevedano la non applicabilità dell'aggravamento di rischio e l'esonero per il Contraente dall'obbligo di cui all'articolo 1898 del codice civile, di essere consapevole che in caso di aggravamento del rischio deve darne comunicazione scritta all'Impresa e che gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dall'Impresa possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione della copertura assicurativa, ai sensi dell'articolo 1898 del codice civile;
- di essere consapevole che, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1892, 1893 e 1894 del codice civile, le informazioni ed i dati forniti sono essenziali per la validità e l'efficacia del presente contratto e che l'Impresa presta il suo consenso all'assicurazione e determina il premio anche in base ad essi. Il Contraente dichiara inoltre che il presente contratto non contiene cancellature o rettifiche.

Sottoscritto il \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

Allianz S.p.a.

  
\_\_\_\_\_

Firma del Contraente/Delegato



Polizza n. 500048860

## Scheda di Polizza

Il sottoscritto Contraente dichiara inoltre:

- di approvare, ai sensi e per gli effetti degli articoli 1341 e 1342 del codice civile, le seguenti disposizioni delle Condizioni di assicurazione:

### CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Durata e proroga dell'assicurazione
- Recesso in caso di sinistro
- Aggravamento del rischio

### NORME RELATIVE ALL'ASSICURAZIONE INFORTUNI

- Esclusioni
- Persone non assicurabili
- Valutazione del danno
- Obblighi in caso di sinistro
- Pagamento dell'indennizzo

Firma del Contraente/Delegato



- di essere stato messo in condizione di assumere una decisione informata, avendo manifestato le proprie richieste ed esigenze assicurative così come riepilogate nel documento "Riepilogo delle RICHIESTE ED ESIGENZE ASSICURATIVE DEL CLIENTE" e avendo ricevuto dall'Intermediario le informazioni sul prodotto assicurativo.

Firma dell'Intermediario



Firma del Contraente/Delegato

