UnipolSai ASSICURAZIONI

1607

Polizza
POLIZZA MALATTIA RISCHI SPECIALI

1 003 00000 00151034698

AGENZIA	FROSINONE											NUMERO ARCHIVIO	151034698
COD. AG.	COD. SUBAG.	PAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)		
1/2553	100	80	180662967		1607		2021		0	0			
EFFETTO POLIZZA	SCADENZA POLIZZA	SCADENZA PRIMA RATA	CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE	SCADENZA VINCOLO							
30/06/2021	30/06/2023	30/06/2022	1	ANNUALE	22/06/2021								
CONVENZIONE	COD.CONV.	PRODUTTORE	ZONA	COFDICI TIPO CLIENTE	CODICE PAG.								
		330		87900	921								

CONTRAENTE / ASSICURATO: CASFIR - VIA LORENZO IL MAGNIFICO, 1 - 50129 FIRENZE FI

CODICE FISCALE / PARTITA IVA: 94054630481

PREMIO NETTO	ACCESSORI	PREMIO TASSABILE	TASSE	TOTALE PREMIO PRIMA RATA	PROV.RISCHIO
16.797,45	2.519,62	19.317,07	482,93	**19.800,00**	FR
PREMIO NETTO	**ACCESSORI**	**PREMIO TASSABILE**	**TASSE**	**TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE**	**COMBINAZIONE**
16.797,45	2.519,62	19.317,07	482,93	**19.800,00**	

COASSICURAZIONE DELEGA UNIPOL ASSICURAZIONI	QUOTA UNIPOL	QUOTA DELLE COASSICURATRICI	CODICE	QUOTA %	CODICE	QUOTA %	CODICE	QUOTA %	CODICE	QUOTA %	CODICE	QUOTA %
			399	50,000								

DELEGA ALTRUI	DELEGATARIA	COD.DELEG.	NUMERO POLIZZA DELEGATARIA

La presente polizza è integrata dal Fascicolo Informativo mod. 1607 edizione

Assicurato (in caso di più assicurati nominativamente indicati è necessario emettere allegato alla scheda contrattuale)	**Cognome e Nome o Descrizione Gruppo** **Vedi allegato**	**Data di Nascita/N. Persone**	**Sesso**
Garanzie Prestate	**A) Ricovero in istituto di cura o intervento chiururgico ambulatoriale**	**fino a €**	
Massimale e/o Diaria Assicurata (vale la garanzia per la quale viene indicata la somma assicurata)	**B) Ricovero per Grande Intervento Chirurgico**	**fino a €**	
	C) Indennità giornaliera per Ricovero in Istituto di Cura	**€**	
Premio Annuo Imponibile	**Per la garanzia prestata alla lettera A) €**		
	Per la garanzia prestata alla lettera B) €		
	Per la garanzia prestata alla lettera C) €		
Condizioni Aggiuntive			
Dichiarazioni ed approvazioni del Contraente			
RISERVATO ALLA SOCIETA'			

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 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.

UnipolSai Assicurazioni

Il Contraente dichiara:

- ✓ L'assicurazione è prestata in base alle dichiarazioni rese dagli Assicurati nei questionari sanitari allegati (Mod. 1356) e da loro stessi sottoscritte, che formano parte integrante del presente contratto;
- ✓ 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 Modello 1607 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 edizione , incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte, indicate nel frontespizio, nonchè le eventuali integrazioni contenute nell'ALLEGATO di POLIZZA, oggetto di trattativa individuale, che in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione prestampate .

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.

Avvertenza: l'assicurato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario Anamnestico prima di sottoscriverlo.

- ✓ 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

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

_____

Polizza emessa il 22/06/2021
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 annuale

L'Agente o l'Incaricato

_____