

Riepilogo delle richieste ed esigenze assicurative del cliente

**Enti pubblici**  
**Infortunati Cumulativa**

**Polizza n. 501202816**

Avere notizie e informazioni sulle richieste e sulle esigenze del cliente è condizione indispensabile perché la Compagnia ed i suoi distributori possano individuare i prodotti che meglio soddisfano le sue necessità.

Le chiediamo quindi di prestare particolare attenzione al presente documento, confermando i dati da lei già forniti e completandolo con le eventuali ulteriori informazioni richieste.

**CONTRAENTE**

Nome Cognome/Ragione Sociale **COMUNE DI COMUNE DI SMERILLO**

CF / P.IVA **00428150445**

Indirizzo **VIA DANTE ALIGHIERI 14 - 63856 SMERILLO (FM)**

**Agenzia di ASCOLI MAGGIORE**

VIALE MARCONI 4 63100 ASCOLI PICENO

✉ ASCOLIPICENO2@AGEALLIANZ.IT

📞 0736 342459 - 0736 335322

Trattativa svolta da:

PIERDOMINICI MARCO

01K 00005012028165



**Allianz**

Il prodotto raccomandato è stato individuato come più adatto alle sue esigenze in considerazione della preferenza da lei manifestata in sede di raccolta delle Sue richieste ed esigenze 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.

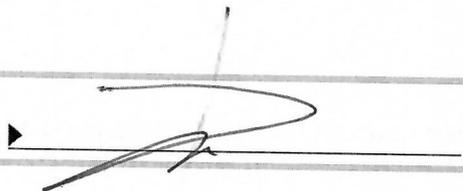


LE RICORDIAMO CHE

- 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.
- In assenza di informazioni complete, non saremmo in condizione di servirla al meglio e di verificare l'effettiva corrispondenza tra le sue necessità di natura assicurativa ed i prodotti che possiamo proporre.
- 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: 11/02/2020

Firma dell'Intermediario



Firma del Contraente/Legale Rappresentante



Enti pubblici  
Infortuni Cumulativa  
Polizza n. 501202816



Comune di Smerillo Prot.n.0000761 del 12-02-2020 arrivo Cat.4 Cl.7

0ADEGDP2-018

01K 00005012028165



## Scheda di Polizza

### Contraente - Assicurato

Ragione Sociale: COMUNE DI COMUNE DI SMERILLO  
 Codice fiscale/Partita IVA: 00428150445  
 Indirizzo: VIA DANTE ALIGHIERI 14  
 C.A.P.: 63856 Città: SMERILLO (FM)

### Durata

Decorrenza: dalle ore 24:00 del 11/02/2020 Scadenza: ore 24:00 del 11/02/2021  
 Durata: anni 1 / mesi 0 / giorni 0  
 Al presente contratto viene applicata la deroga al tacito rinnovo.

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

Sezioni per l'Assicurato - COMUNE DI COMUNE DI SMERILLO		Premi lordi annui
Infortunati		347,26
<b>Totale</b>		<b>347,26</b>

### Premio

Importo annuo comprensivo delle imposte: 347,26 euro  
 Periodicità del pagamento: in unica soluzione Prossima data di pagamento: non prevista  
 Importo alla firma: 347,26 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

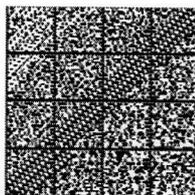
Contratto: nuovo Prodotto: MODELLO GENERICO INFORTUNI  
 Polizza a regolazione premi

### 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 integrazioni ed integrazioni.

Ai sensi dell'art.3 comma 5, L.136/2010, e successive integrazioni 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.



Polizza n. 501202816

## Scheda di Polizza

### 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	338,79	2,50 %	8,47	347,26
<b>Totale</b>	<b>338,79</b>		<b>8,47</b>	<b>347,26</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.

### Altre Condizioni/Precisazioni

#### 4 CONDIZIONI PARTICOLARI

##### Somme assicurate - Calcolo del premio

L'assicurazione è prestata, rispetto a ciascuna persona, (20) per le seguenti somme:

Euro	60.000,00	caso Morte;
Euro	60.000,00	caso Invalidità permanente;
Euro	500,00	caso Rimborso spese mediche;
Euro		caso Indennità giornaliera per ricovero;
Euro		caso Indennità giornaliera per convalescenza e gessatura;

Il premio annuo (imposta compresa) per ogni Assicurato è pari a Euro 16,94 .

Il premio annuo (imposta compresa) complessivo è pari a Euro 347,50

Polizza a Regolazione di Premio- sul Numero di Teste

Condizioni di Polizza:

TER- Rischio calamità naturali

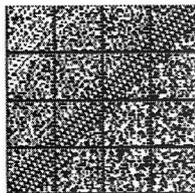
P- Deroga alla Proroga del Contratto

SOGGETTI/ATTIVITA ASSICURATA

CATEGORIA ASSICURATA - GINNASTICA ESCLUSA ARTISTICA E PESANTE- ATLETI DI ETA' SUPERIORE A 15 ANNI

TABELLA DI RIFERIMENTO PER L'ACCERTAMENTO DEL GRADO DI INVALIDITA' PERMANENTE : TABELLA INAIL

IP1 - Franchigia assoluta per il Caso di Invalidità Permanente del 3% fino a 150.000,00 poi del 5%



01K 00005012028165



Polizza n. 501202816

## Scheda di Polizza

RSM- Rimborso Spese Mediche

### Dichiarazioni del Contraente

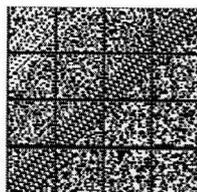
---

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;

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.

Comune di Smerillo Prot.n.0000761 del 12-02-2020 arrivo Cat.4 Cl.7



Polizza n. 501202816

## Scheda di Polizza

### Sottoscrizioni

Il sottoscritto Contraente dichiara:

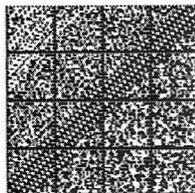
- di aver ricevuto prima della sottoscrizione del presente contratto:

- il set informativo costituito da DIP Danni, DIP aggiuntivo Danni e Condizioni di assicurazione comprensive del glossario o, nei casi previsti dall' art. 30 del Regolamento IVASS 35/2010 e successive modificazioni e/o integrazioni, le Condizioni di assicurazione;
- copia del documento "Comunicazione informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei Contraenti" conforme all'allegato 3 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- copia del documento "Informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto" conforme all'allegato 4 del Regolamento IVASS n. 40/2018 e successive modifiche e/o integrazioni;
- di impegnarsi a consegnare a ciascun Assicurato copia del set informativo costituito dai documenti sopra indicati o, nei casi previsti dall' art. 30 del Regolamento IVASS 35/2010 e successive modificazioni e/o integrazioni, copia delle Condizioni di assicurazione, esonerando così l'Intermediario ed Allianz S.p.A. da ogni conseguenza pregiudizievole derivante dalla mancata ottemperanza a tale obbligo;
- 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, nonchè 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/Legale Rappresentante



01K 00005012028165



Polizza n. 501202816

**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**

- Art. 1.5 - Aggravamento del rischio
- Art. 1.7 - Recesso in caso di sinistro
- Art. 1.8 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione

**SETTORE INFORTUNI**

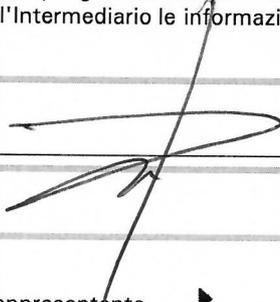
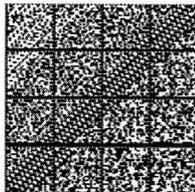
- Art. 2.3 - Rischi esclusi
- Art. 2.4 - Affezioni

**NORME IN CASO DI SINISTRO**

- Art. 5.1 - Obblighi
- Art. 5.5 - Pagamento dell'indennità

Firma del Contraente/Legale Rappresentante 

- 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/Legale Rappresentante 

01K 00005012028165



