

Polizza n° 00044030305719

Agenzia di PARMA S. BRIGIDA

Codice agenzia 000440 - Partizione 002

Codice fiscale: 93000390125

Contraente Federazione Avulss Onlus
Indirizzo: Via Petrarca 1 Angolo Via Piave, 66 - 21047 - Saronno (VA)

Durata 1 anno e 276 giorni Inizio: 24/03/2018 Scadenza: 31/12/2019 Tacito rinnovo: SI

Prima rata Dalle ore 24.00 del 24/03/2018 alle ore 24.00 del 31/12/2018

Rate successive Scadenza: 31/12 di ciascun anno

Rateazione Annuale dal 31/12/2018

Regolazione premio NO

Convenzione Csvnet

Allegati NO

Assicurato	Qualifica	Premio annuo totale netto in euro
------------	-----------	-----------------------------------

Gruppo Persone Volontari 1.520,00

	PREMIO					TOTALE
	netto	addizionale	imponibile	aliquota imposta	imposte	
Malattia	1.413,60	--	1.413,60	2,50	35,34	1.448,94
Infortuni	106,40	--	106,40	2,50	2,66	109,06
	--	60,00	60,00		1,51	61,51
Premio annuo euro	1.520,00	60,00	1.580,00		39,51	1.619,51
Malattia	1.083,76	--	1.083,76	2,50	27,10	1.110,86
Infortuni	81,57	--	81,57	2,50	2,04	83,61
	--	46,00	46,00		1,16	47,16
Premio alla firma euro	1.165,33	46,00			30,30	1.241,63
Rate successive euro	1.520,00	60,00	1.580,00		39,51	1.619,51



Ulteriori dichiarazioniIl Contraente dichiara inoltre di:

- aver preventivamente ricevuto l'informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL MAL EE 6 - ED. 25/10/2015 e di aver rilasciato i relativi consensi
- consegnare copia all'Assicurato dell'informativa privacy (ex art. 13 del D. Lgs. n° 196 del 2003 e successive modifiche ed integrazioni) MOD. POL MAL EE 6 - ED. 25/10/2015, di raccogliere il consenso sottoscritto e di trasmetterlo a Cattolica tempestivamente
- impegnarsi a mettere a disposizione dell'Assicurato le condizioni di assicurazione MOD. POL MAL EE 2 - ED. 4045/2018, ed eventuali appendici ove previste, al momento della loro inclusione nella copertura assicurativa
- aver ricevuto - ai sensi del Reg. ISVAP n. 5/2006 e s.m.i. - l'informativa riguardante gli obblighi di comportamento dell'intermediario (MOD. 7A) o di averne preso visione in quanto affisso nei locali dell'intermediario, e di aver ricevuto le informazioni generali sull'intermediario assicurativo e potenziali situazioni di conflitto d'interessi (MOD. 7B)
- essere stato informato che potrà richiedere le credenziali di accesso all'area riservata, secondo le tempistiche e le modalità pubblicate nella home page del sito internet della Compagnia (www.cattolica.it).

Il Contraente prende atto che l'assicurazione è prestata alle condizioni e con le modalità pattuite nel presente contratto, condizioni e modalità che il Contraente dichiara di conoscere e di accettare integralmente.

Il Contraente dichiara, inoltre, che il contratto è costituito esclusivamente dai seguenti documenti che ne costituiscono parte integrante:

- le condizioni di assicurazione MOD. POL MAL EE 2 - ED. 4045/2018
- scheda tecnica n° 1

di non averne ricevuti altri ad integrazione, che gli stessi sono stati regolarmente ricevuti e non contengono rettifiche, cancellature e/o precisazioni.

Si precisa inoltre che:

CONDIZIONI, PREMI e MASSIMALI COME DA CONVENZIONE CSVNET - AVULSS POLIZZA UNICA DEL TERZO SETTORE.
NUMERO VOLONTARI: 8000.

Il presente contratto è stato redatto in 3 esemplari a un solo effetto in PARMA il 20/03/2018.

Qualora il contratto venga sottoscritto con Firma Elettronica Avanzata, sarà redatto in un unico esemplare.

Il Contraente prende atto che in tal caso la trasmissione di copia dello stesso avrà luogo all'indirizzo di posta elettronica da lui indicato, fatta salva la facoltà del Contraente di richiedere in ogni momento copia della documentazione stessa.

CATTOLICA ASSICURAZIONI SOC. COOP.
AGENTE O DIREZIONE

AVULSS
FEDERAZIONE NAZIONALE

21047 Saronno - Via Piave, 66

C.F. 93000390125 - seg.gen@avulss.org

CONTRAENTE

AVVERTENZA: Le dichiarazioni non veritiere inesatte o reticenti, rese dal soggetto legittimato a fornire le indicazioni richieste al momento della stipulazione del contratto, possono compromettere il diritto alla prestazione.

Agli effetti dell'articolo 1341 del codice civile, il Contraente dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli, (se operanti), delle condizioni di assicurazione:

Art. 09 - Decorrenza della garanzia, Art. 10 - Delimitazioni ed esclusioni, Art. 13 - Proroga del contratto, Art. 15 - Modifiche dell'assicurazione, Art. 16 - Recesso in caso di sinistro, Art. 21 - Foro competente, Art. 28 - Avviso di sinistro, Art. 29 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro, Art. 32 - Controversie - Arbitrato irrituale.

AVULSS
FEDERAZIONE NAZIONALE

21047 Saronno - Via Piave, 66

C.F. 93000390125 - seg.gen@avulss.org

CONTRAENTE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto, prima della sottoscrizione della polizza e ai sensi del regolamento ISVAP n. 35 del 26 maggio 2010, il fascicolo informativo contenente: la nota informativa MOD. POL MAL EE 5 - ED. 31/05/2017; le condizioni di assicurazione MOD. POL MAL EE 2 - ED. 4045/2018; modulo di proposta, ove previsto.

Il Contraente dichiara di essere stato informato della possibilità di richiedere che la documentazione precontrattuale e contrattuale gli venga trasmessa in formato elettronico all'indirizzo e-mail dallo stesso fornito. Resta ferma la possibilità di richiedere in ogni momento la documentazione in formato cartaceo, nonché di revocare il consenso in precedenza espresso, anche mediante posta elettronica o registrazione vocale.

AVULSS
FEDERAZIONE NAZIONALE

21047 Saronno - Via Piave, 66

C.F. 93000390125 - seg.gen@avulss.org

CONTRAENTE

Il pagamento del premio può essere eseguito con una delle seguenti modalità:

- assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile, intestato alla Società o all'agente in qualità di agente della Società;
- ordine di bonifico, o altro mezzo di pagamento bancario o postale che abbiano come beneficiario la Società o l'agente in qualità di agente della Società;
- contante nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni di legge.

Il pagamento dell'importo dovuto alla firma della presente, è stato effettuato a mie mani in:

Luogo e data _____

AGENTE O INCARICATO

SCHEDA TECNICA N. 1

POLIZZA MALATTIA CUMULATIVA - VOLONTARIATO

La presente scheda tecnica è parte integrante della polizza n° 00044030305719

Assicurato: Federazione A.V.U.L.S.S. Nazionale onlus **Data di nascita:**
Qualifica: Volontari
Parametro calcolo premio: Numero assicurati **Valore parametro:** 8.000
Premio unitario netto in euro: 0,19 **Premio annuo totale netto in euro:** 1.520,00

Garanzie Acquistate

Somma assicurata / massimale euro (per singolo assicurato)	Sotto massimale euro	Scoperto / Franchigia %	Franchigia euro	Franchigia giorni	N° giorni per evento	Scoperto minimo euro
--	----------------------------	-------------------------------	--------------------	----------------------	-------------------------	----------------------------

Indennità giornaliera per
ricoveri e day hospital

50,00

--

--

--

--

--

ALLEGATO
Precisazioni contrattuali secondo la Convenzione ONU
sui diritti delle persone con disabilità

Polizza n° 00044030305719

Agenzia di PARMA S. BRIGIDA
Contraente Federazione Avulss Onlus

Gentile Cliente,

La informiamo che in ossequio alla Convenzione Onu ratificata con la legge nazionale del 3 marzo 2009 n. 18, a parziale deroga di quanto stabilito nelle condizioni generali di polizza, non sono più operanti sia la clausola che esclude dalle persone assicurabili i soggetti affetti da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, ferma restando l'esclusione della copertura per tali patologie, sia la clausola che prevede la risoluzione automatica del contratto per effetto della assunzione di farmaci o per la comparsa delle affezioni di cui sopra successivamente alla sottoscrizione della polizza.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l'informativa in relazione alla non operatività, in ossequio alla Convenzione Onu ratificata con la legge del 3 marzo 2009 n. 18, operanti sia della clausola che esclude dalle persone assicurabili i soggetti affetti da sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, ferma restando l'esclusione della copertura per tali patologie, sia la clausola che prevede la risoluzione automatica del contratto per effetto della assunzione di farmaci o per la comparsa delle affezioni di cui sopra successivamente alla sottoscrizione della polizza.

Luogo e data

IL CONTRAENTE



 **AVULSS**
FEDERAZIONE NAZIONALE

21047 Saronno - Via Plave, 66
C.F. 93000390125 - seg.gen@avulss.org