

## Polizza GLOBALE PER LE PERSONE E I BENI

1 003 00000 00171887464

AGENZIA <b>NAPOLI</b>										NUMERO ARCHIVIO 171887464	
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)
1/39832	552	119	202365299		7099	30	2024	1	1	0	
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO	
27/11/2024		27/11/2025		27/11/2025		1		ANNUALE		26/11/2024	
CONVENZIONE			COD. CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE		CODICE PAG.			
CONVENZIONE SCUOLE 3620			3620					87259		921	
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
IST.ST.E.AMALDI - VIA MASTANTUONO, SNC - 81055 SANTA MARIA CAPUA VETERE CE										94019030611	
NUMERO TELEFONO			NUMERO FAX		INDIRIZZO MAIL						
0823848284			0823847576		ceis03300e@istruzione.it						
PREMIO NETTO		ACCESSORI		PREMIO TASSABILE		TASSE		TOTALE PREMIO PRIMA RATA		PROV. RISCHIO	
8.015,19		1.202,28		9.217,47		279,03		* 9.496,50		CE	
PREMIO NETTO		ACCESSORI		PREMIO TASSABILE		TASSE		TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE		COMBINAZIONE	
8.015,00		1.202,25		9.217,25		279,02		9.496,27			

La presente polizza è integrata dal Fascicolo informativo mod.7099 edizione 01/07/2014

### RIEPILOGO DELLE GARANZIE/PARTITE/SOMME ASSICURATE (AD USO AMMINISTRATIVO)

#### INCENDIO

	SOMMA ASSICURATA TOTALE	PREMIO NETTO ANNUO
1. FABBRICATO/I		
2. CONTENUTO/I		
3. RICORSO TERZI		
4. TOTALE ALTRE PARTITE (ESCLUSI EVENTI CATASTROFALI)		

#### FURTO E RAPINA

	CODICE	SOMMA ASSICURATA TOTALE	PREMIO NETTO ANNUO
1. CONTENUTO/I			
2. SCIPPO			

#### RCT - RCO/I

	CODICE	MASSIMALE ASSICURATO	PREMIO NETTO ANNUO
1. RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO TERZI (R.C.T.)	29999	25.000.000,00	50,00
2. RESPONSABILITÀ CIVILE VERSO I PRESTATORI DI LAVORO (R.C.O.)		25.000.000,00	50,00

#### INFORTUNI

	MASSIMALE ASSICURATO	PREMIO NETTO ANNUO
1. MORTE	240.000,00	4.200,00
2. INVALIDITÀ PERMANENTE	380.000,00	2.415,00
3. DIARIA DA RICOVERO PER INFORTUNIO (PER OGNI GIORNO)	80,00	1.000,00
4. DIARIA DA RICOVERO PER MALATTIA (PER OGNI GIORNO)		

#### ALTRE GARANZIE

	CODICE	SOMMA ASSICURATA	PREMIO NETTO ANNUO
1. ASSISTENZA	86	20.000,00	300,00
2.			

#### TOTALE PREMIO NETTO ANNUO

8.015,00

#### NOTE:

\* Premio per Morte e Invalidità Permanente (art. 13 D. Lgs. 47/2000) euro 7.370,61.

**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.

**INFORMAZIONI RELATIVE AI PREMI**

Il presente contratto:

- è soggetto all'imposta sulle assicurazioni calcolata secondo le aliquote vigenti.

**DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE**

Il Contraente dichiara:

- ✓ 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 7099 edizione 01/07/2014 comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ 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
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo modello 7099 edizione 01/07/2014, incluse le condizioni particolari effettivamente prescelte, indicate nel frontespizio, nonché le eventuali integrazioni contenute negli ALLEGATI di POLIZZA, oggetto di trattativa individuale, che in caso di discordanza prevalgono sulle Condizioni di Assicurazione prestampate
- ✓ Relativamente al settore incendio
  - il fabbricato:
  - appartiene alla classe indicata nella parte dattiloscritta del contratto;
  - è in buone condizioni statiche e di manutenzione;
  - nel fabbricato non esistono cinematografi, teatri, grandi magazzini, supermercati, autorimesse pubbliche, industrie, depositi di infiammabili o di sostanze pericolose, sale da ballo, discoteche, night club.
- ✓ Relativamente al settore furto e rapina
  - le cose assicurate sono poste in una costruzione stabilmente unita al suolo o ad altre parti di edificio in muratura o cemento armato, avente le strutture portanti, le pareti perimetrali, i solai in vivo, cotto, vetrocemento armato, conglomerato cementizio con la copertura del tetto in tegole, eternit o terrazzo;
  - Le cose assicurate sono di proprietà dell'Assicurato.
- ✓ Relativamente a tutti i settori
  - Per i rischi garantiti con la presente polizza il Contraente non ha subito, a seguito di sinistro, annullamento di contratti da parte di altri assicuratori nei tre anni precedenti la data di sottoscrizione del presente contratto;
  - Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali altre polizze da lui stipulate, fermo l'obbligo di darne avviso in caso di sinistro a tutti gli assicurati indicando a ciascuno il nome degli altri.

Ogni modifica o integrazione alle dichiarazioni che precedono deve esplicitamente risultare dal testo di polizza debitamente sottoscritto.

- ✓ di accettare espressamente la trasmissione di comunicazioni contrattuali e di servizio all'indirizzo di posta elettronica indicato nel frontespizio di polizza e/o l'invio di comunicazioni di servizio tramite fax e/o SMS ai numeri indicati nel frontespizio di polizza, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni, salva la possibilità di revocare successivamente tale consenso senza oneri.

**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

**CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE**

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente ha conosciuto, approvato ed accettato specificatamente i seguenti articoli contenuti nel Fascicolo Informativo:

Sezione Condizioni Generali di Assicurazione

- Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio;
- Art. 6 - Tacita proroga e periodo di assicurazione;

Sezione Sinistri

- Art. A. 1 - Obblighi in caso di sinistro;
- Art. B. 1 - Obblighi in caso di sinistro;
- Art. A. 3 - Procedura per la valutazione del danno;
- Art. A. 4 - Mandato dei periti;
- Art. A. 5 - Pagamento dell'indennizzo;
- Art. A. 7 - Assicurazione parziale;
- Art. B. 2 - Gestione delle vertenze di danno;
- Art. C. 1 - Recesso in caso di sinistro;

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa I. Bernabei)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof.ssa I. Bernabei)

UnipolSai Assicurazioni  
UnipolSai Assicurazioni  
UnipolSai Assicurazioni  
UnipolSai Assicurazioni  
UnipolSai Assicurazioni

Polizza emessa il 26/11/2024

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

---



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale, via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - 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 - www.unipolsai.it

7099

**Allegato testo aggiuntivo**NUMERO POLIZZA  
AGENZIA1/39832/119/202365299  
NAPOLI

CODICE SUBAGENZIA 552

**Contraente/Assicurato** IST.ST.E.AMALDI  
**Domicilio** VIA MASTANTUONO, SNC - 81055 SANTA MARIA CAPUA VETERE - CE  
**Partita IVA** 94019030611 **Indirizzo Mail** ceis03300e@istruzione.it  
**Telefono** 0823848284 **FAX** 0823847576

Con il presente contratto si assicurano i rischi delle sezioni: Infortuni e Malattia, Responsabilità Civile ed Assistenza secondo le condizioni dell'allegato Fascicolo Informativo Prodotto 7099 "Multirischi per Istituti Scolastici - Convenzione 3620".

Si precisa che le Garanzie si intendono valide per ogni ubicazione che faccia riferimento all'Istituzione Scolastica Contraente.

Si Assicurano tutti gli Alunni della Scuola, il Dirigente Scolastico ed il DSGA.

Parametri di Polizza: 1470 Alunni, di cui 9 Diversamente Abili.  
Periodo assicurato 27/11/2024 - 27/11/2025 CIG B470FC438B.

Il riepilogo delle principali Garanzie Offerte è di seguito riportato, salvo quanto ulteriormente previsto e dettagliato dalle Condizioni Contrattuali su richiamate ed allegate al contratto.

GARANZIE E MASSIMALI	SOMMA ASSICURATA EURO
Responsabilità Civile verso Terzi e RCO	25.000.000,00
Morte a seguito di Infortunio	240.000,00
Invalità permanente a seguito di Infortunio	380.000,00
Rimborso spese mediche a seguito di Infortunio	70.000,00
Diaria ricovero ospedaliero a seguito di Infortunio	80,00
Diaria ricovero in Day Hospital a seguito di Infortunio	80,00
Diaria da Gesso a seguito di Infortunio	50,00
Spese odontoiatriche a seguito di Infortunio	25.000,00
Spese apparecchi acustici, carrozelle e tutori	3.000,00
Assistenza (codice rischio 86)	SI

**Estensione di validità delle Garanzie:**

- Si precisa che la validità delle Garanzie Assicurate per le Sezioni Infortuni e Responsabilità Civile è estesa ad ogni attività di telelavoro (Smart-Working) e di Didattica a Distanza, purché regolarmente autorizzata, normata e nel rispetto delle regole stabilite dai protocolli sulla sicurezza;
- Tale estensione per la Sezione Infortuni è valida anche per il Personale Scolastico se Assicurato per le Garanzie Infortuni.

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

IST.ST.E.AMALDI 94019030611

Indirizzo (Via/Piazza, Città, Prov. CAP)

Professione/Settore di attività

VIA MASTANTUONO 81055 SANTA MARIA CAPUA VETERE CE ENTE PUBBLICO ISTRUZIONE

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 "Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti unicamente con lo scopo di valutare l'adeguatezza del contratto assicurativo proposto 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 assicurazione. 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 ricorrano 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 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 checked="" type="checkbox"/>	Non sa/Non risponde	<input type="checkbox"/>		
Obbligatorietà della copertura assicurativa:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Non sa/Non risponde	<input type="checkbox"/>		
Esistenza di altre coperture assicurative:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	Non sa/Non risponde	<input type="checkbox"/>		
Tipologia delle eventuali coperture esistenti:	Infortunati	<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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	Non sa/Non Risponde	<input type="checkbox"/>		

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

<input checked="" type="checkbox"/> protezione della persona propria e/o familiari in caso di:	Infortunati	<input checked="" type="checkbox"/>	Malattie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> individuale	<input type="checkbox"/> nucleo familiare	<input checked="" type="checkbox"/> collettività	<input checked="" type="checkbox"/> a favore di terzi	
<input checked="" type="checkbox"/> infortunati				
<input type="checkbox"/> nell'attività lavorativa				
<input type="checkbox"/> nel tempo libero/attività domestiche				
<input type="checkbox"/> durante la circolazione dei veicoli/natanti				
<input type="checkbox"/> malattie				
<input type="checkbox"/> rimborso delle Spese di Cura				
<input type="checkbox"/> indennità per la tutela del proprio reddito (Diarie e capitale per Invaldità Permanente)				
<input type="checkbox"/> possibilità di fruire di "servizi di assistenza" relativi alla salute (infornio/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 illustrate le caratteristiche essenziali e prestazioni obbligatoriamente fornite?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono state precisate 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 checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono stati esposti i contenuti del contratto e delle garanzie prestate e, in particolare:	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Rivalse/franchigie/scoperti	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Tipologia della reintegrazione/ristoro previsti (valore intero, a nuovo, a forfait, etc.)	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Periodi di carenza	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Delimitazioni dell'oggetto della garanzia	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Esclusioni	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Decadenze	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Massimali/capitali/somme assicurate	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Riduzione degli importi assicurati in particolari casi (sottolimiti)	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Periodi massimi di erogazione delle prestazioni	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Validità temporale della garanzia	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
• Criteri di indennizzabilità/risarcimento	SI <input checked="" 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 eredi e/o possibili beneficiari designati?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" 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 correttamente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

Data 26/11/2024

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 26/11/2024

Firma del Cliente



Firma dell'Intermediario

Agente  Sub-agente  Collaboratore

C3 - Dichiarazione di volontà di acquisto

Il Cliente dichiara di essere stato raggugliato 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 26/11/2024

Firma del Cliente



Firma dell'Intermediario

Agente  Sub-agente  Collaboratore