

Atto di variazione INFORTUNI

Con il presente atto di variazione le Parti convengono che il contratto è prestato per le garanzie e con i limiti di seguito precisati.

1 004 00002 0016752561

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------------|-------------------------------------|---------------------|---------------------------------|----------|---------------------------------|-----------|----------------|---------------|----------------------------------|------------------------|
| AGENZIA BARI | | | | | | | | | | NUMERO ARCHIVIO 167552561 | |
| COD. AG | COD. SUBAG. | RAMO | NUMERO POLIZZA | N. ARCH. AG. | PRODOTTO | CLASSE | ESERCIZIO | R. PR. | GRUPPI | D.P. | INDICE / TIPO E NUMERO |
| 1/61382 | 148 | 77 | 195973482/2 | | 1031 | 14 | 2023 | 1 | 0 | 1 | |
| EFFETTO VARIAZIONE | | SCADENZA POLIZZA | SCADENZA PRIMA RATA | CODICE RATEAZIONE | | SEMESTRALE | | DATA EMISSIONE | | SCADENZA VINCOLO | |
| 31/12/2023 | | 31/12/2025 | 30/06/2024 | 2 | | | | 22/12/2023 | | | |
| CONVENZIONE | | | COD. CONV. | PRODUTTORE | ZONA | CODICI TIPO CLIENTE | | | 91600 | CODICE PAG. | |
| | | | | 1967 | | | | | 921 | | |
| CONTRAENTE / ASSICURATO | | | | | | | | | | CODICE FISCALE / PARTITA IVA | |
| A.S.C. ATT SPORT CONF - VIA RENO, 30 - 00198 ROMA RM | | | | | | | | | | 97644950012 | |
| PREMIO NETTO | | ACCESSORI | PREMIO TASSABILE | TASSE | | TOTALE PREMIO PRIMA RATA | | | PROV. RISCHIO | | |
| | | | | | | | | | RM | | |
| PREMIO NETTO | | ACCESSORI | PREMIO TASSABILE | TASSE | | TOTALE PREMIO RATE SUCC... | | | COMBINAZIONE | | |
| | | | | | | | | | | | |
| POLIZZA SOSTITUITA (AG/RAMO/NUMERO) | | POLIZZA SOSTITUITA (AG/RAMO/NUMERO) | | RISCHIO COMUNE (AG/RAMO/NUMERO) | | RISCHIO COMUNE (AG/RAMO/NUMERO) | | | | | |
| 61382 77 189901877 | | | | | | | | | | | |
| CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDI PER SPECIFICO RICHIAMO | | | | | | | | | | | |
| 80 | | | | | | | | | | | |

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)

GRUPPO 1

| NUMERO PERSONE | N° | TASSO % (1) | RETRIBUZIONI (1) | PREMIO ANNUO |
|--|----|-------------|------------------|--------------|
| | | | | |
| INFORTUNI: MORTE | | | 80.000,00 | |
| INVALIDITÀ PERMANENTE | | | 80.000,00 | |
| INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO) | | | | |
| RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO) | | | | |
| RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO) | | | | |
| MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO) | | | | |

GRUPPO 2

| NUMERO PERSONE | N° | TASSO % (1) | RETRIBUZIONI (1) | PREMIO ANNUO |
|--|----|-------------|------------------|--------------|
| | | | | |
| INFORTUNI: MORTE | | | 100.000,00 | |
| INVALIDITÀ PERMANENTE | | | 100.000,00 | |
| INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO) | | | | |
| RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO) | | | 2.000,00 | |
| RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO) | | | 25,00 | |
| MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO) | | | | |

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

(1) DA INDICARE SOLO PER POLIZZE RAPPORTATE ALLE RETRIBUZIONI

(2) SE INDICATE SI INTENDONO IN DEROGA A QUELLE PREVISTE DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE CONTENUTE NEL FASCICOLO INFORMATIVO COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO

Il Contraente dichiara

- ✓ in relazione alle persone ed agli eventi garantiti dalla presente polizza, il Contraente dichiara che:
- non esistono altre polizze della Società o di altre Compagnie di assicurazione riguardanti lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente
 - non si sono verificati sinistri a carico delle garanzie prestate nei tre anni precedenti la stipula della polizza
 - non sono state annullate per sinistro, nè dalla Società nè dalle altre Compagnie, polizze per i medesimi rischi qui assicurati
- ✓ di conoscere e di approvare:
- le integrazioni contenute nell'ALLEGATO TESTO AGGIUNTIVO che formano parte integrante del presente contratto

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI

UNIPOLSAI ASSICURAZIONI

Divisione SAN

Mediteraneo

Emessa il 22/12/2023
Periodicità Agenti e Correttori successive alla prima avranno cadenza semestrale

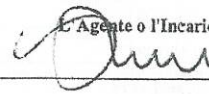
Registrato il

22/12/2023

IL CONTRAENTE



L'Agente o l'Incaricato




UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 502/111 - fax +39 051 7096194

Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P.IVA 02740811207 - 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. 100006 e facente parte

del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046 - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

1031

Allegato testo aggiuntivoNUMERO POLIZZA
AGENZIA1/61382/77/195973482/2
BARI

CODICE SUBAGENZIA 148

Contraente/Assicurato A.S.C. ATT SPORT CONF
Domicilio VIA RENO, 30 - 00198 ROMA - RM
Partita IVA 97644950012

Con la presente appendice, viene introdotta in garanzia la tessera "paracadutismo" a parziale deroga dell'esclusione di cui all'art. 5, lettera N.

Ai titolari di tale tessera non sarà pertanto applicata l'esclusione.

Limitatamente ai possessori della tessera "paracadutismo", i capitali e le garanzie devono intendersi le seguenti:

| | |
|---------------------|---|
| CASO MORTE | € 80.000,00 |
| INVAL. PERMANENTE | € 80.000,00 (franchigia 8%) |
| RIMB. SPESE MEDICHE | € 1.500,00 (scop. 10%, min € 250) |
| DIARIA DA GESSO | € 25 al giorno (franch. 5%, massimo 20 gg) |
| DIARIA DA RICOVERO | € 25 al giorno (franchigia 5 gg, massimo 20 gg) |

Le garanzie *rimborso spese mediche, diaria da gesso e diaria da ricovero* s'intendono operanti solo a seguito di infortunio che abbia determinato una Lesione superiore all'8%.

Con cadenza trimestrale, il Contraente è tenuto a comunicare all'Agenzia il numero effettivo dei tesserati e provvederà al pagamento di quanto dovuto nella considerazione che per la copertura di ciascun tesserato è stabilito _____ suddiviso come indicato di seguito e con la precisazione che esso dovrà intendersi inscindibile:

Per la copertura infortuni prestata dalla presente polizza:

Per la copertura RCT prestata con polizza n. 65/195973491

Fermo il resto

