

**Polizza  
INFORTUNI  
operatori volontari**

I 003 00000 00159845214

AGENZIA <b>BOLOGNA DIREZIONE</b>										NUMERO ARCHIVIO <b>159845214</b>			
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)		
1/418	100	77	190504077		1031	10	2022	1	0	0			
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		ANNUALE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO	
31/12/2022		31/12/2023		31/12/2023		1				09/01/2023			
CONVENZIONE				COD. CONV.		PRODUTTORE		ZONA		CODICI TIPO CLIENTE		CODICE PAG.	
										91300		932	
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA			
F.I.TE.L. - VIA SALARIA, 80 - 00198 ROMA RM										97100030580			
PREMIO NETTO		ACCESSORI		PREMIO TASSABILE		TASSE		TOTALE PREMIO PRIMA RATA		PROV. RISCHIO			
PREMIO NETTO		ACCESSORI		PREMIO TASSABILE		TASSE		TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE		COMBINAZIONE			
CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SPECIFICO RICHIAMO													
COASSICURAZIONE DELEGA													
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol		QUOTA UnipolSai Assicurazioni QUOTA DELLE COASSICURATRICI		CODICE QUOTA %		CODICE QUOTA %		CODICE QUOTA %		CODICE QUOTA %		CODICE QUOTA %	
DELEGA ALTRI		DELEGATARIA		COD.DELEG.		NUMERO POLIZZA DELEGATARIA							

La presente polizza è integrata dal Fascicolo informativo mod.1031 edizione 01/06/2014

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

**GRUPPO 1**

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
			TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
<b>INFORTUNI: MORTE</b>			31,959	150.000,00	
INVALIDITÀ PERMANENTE			25,90	200.000,00	
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)					
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)					
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)			4,50	30,00	
<b>MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)</b>			4,50	30,00	

**GRUPPO 2**

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
			TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
<b>INFORTUNI: MORTE</b>					
INVALIDITÀ PERMANENTE					
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)					
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)					
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					
<b>MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)</b>					

**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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.  
Broker, diretto e canali Alternativi  
Property & Liability Broker  
UnipolSai Assicurazioni

**IL CONTRAENTE**

1031

**Allegato testo aggiuntivo**NUMERO POLIZZA  
AGENZIA1/418/77/190504077  
BOLOGNA DIREZIONE

CODICE SUBAGENZIA 100

**Contraente/Assicurato** F.I.T.E.L.  
**Domicilio** VIA SALARIA, 80 - 00198 ROMA - RM  
**Partita IVA** 97100030580

**Condizioni particolari di polizza per la copertura degli Operatori Volontari****Soggetti Assicurati**

L'Associazione Fitel NAZIONALE Aps è titolare della presente polizza stipulata a favore dei volontari dei circoli affiliati alla Spett.le Contraente.

La Società rinuncia a conoscere preventivamente i nominativi delle persone assicurate per la cui identificazione si farà riferimento ai Registri, e/o altra documentazione probatoria, che la Contraente si impegna a consegnare alla Compagnia in qualsiasi momento, su semplice richiesta della Stessa.

I nominativi dei volontari devono risultare nei registri degli aderenti. La garanzia è operante per tutti i soggetti che risultano iscritti nel suddetto registro.

**Modalità di attivazione della garanzia**

*La copertura è prestata per le organizzazioni affiliate all'Associazione Fitel NAZIONALE APS e per le nuove affiliazioni che dovranno inviare la comunicazione a Fitel Nazionale APS di tutti i volontari regolarmente iscritti nei registri dei rispettivi circoli, che risulteranno assicurati.*

*In corso d'anno la copertura decorrerà dalle ore 24 del giorno in cui la Compagnia riceverà formale comunicazione dell'inserimento del nuovo circolo affiliato tramite lettera raccomandata, pec, mail, telex o telefax indirizzati all'Agenzia alla quale è assegnato il contratto.*

**Oggetto dell'Assicurazione**

La copertura si intende prestata per gli infortuni che colpiscano gli assicurati durante la partecipazione alle attività di volontariato, statutarie e di interesse generale (di cui all'art 5 del d.lgs 117/17) organizzate e gestite dalle organizzazioni affiliate e/o strutture dell'Associazione.

L'assicurazione non comprende i danni derivanti da attività medico-sanitarie, servizio di pronto soccorso, raccolta/manipolazione/stoccaggio/distribuzione di sangue.

**Prestazioni**

Ciascun volontario si intende assicurato per le seguenti garanzie/massimali

Morte	€ 150.000,00
Invalità Permanente	€ 200.000,00
Diaria Ricovero Infortuni	€ 30,00
Diaria Ricovero Malattia	€ 30,00

Le garanzie Morte e Invalità Permanente si intendono prestate esclusivamente a seguito di infortunio.



1031

**Allegato testo aggiuntivo**

NUMERO POLIZZA  
AGENZIA

1/418/77/190504077  
BOLOGNA DIREZIONE

CODICE SUBAGENZIA 100

---

La sola garanzia di Ricovero Ospedaliero si intende estesa anche alla ipotesi di malattia esclusivamente a seguito di insorgenze acute con esclusione delle situazioni patologiche insorte e/o rivelatesi precedentemente alla stipula del contratto, anche se emergenti successivamente con manifestazioni improvvise.

**Franchigie/Scoperti**

**Invalidità Permanente**

L'indennizzo sulla Invalidità Permanente verrà liquidato in relazione al grado di I.P. accertato, con deduzione della franchigia del 3%; non si farà luogo ad indennizzo qualora il grado di I.P. sia pari o inferiore alla prevista franchigia del 3%.

Per gli assicurati che abbiano compiuto 80 anni, la franchigia di cui sopra si intende elevata al 10%.

**Diaria Ricovero da Infortuni**

La garanzia viene prestata previa applicazione della franchigia di 5 giorni, e per la durata massima di 15 giorni per ogni ricovero

**Diaria Ricovero da Malattia**

La garanzia viene prestata previa applicazione della franchigia di 5 giorni, e per la durata massima di 15 giorni per ogni ricovero

**Limiti di età**

La garanzia è operante indipendentemente dall'età delle persone assicurate

**Per tutto quanto non diversamente regolato, si intendono operanti le condizioni del Prodotto 1031 ed 01/06/2014.**

**APPENDICE INTEGRATIVA DEL FASCICOLO INFORMATIVO  
INFORTUNI**

**La presente appendice integrativa costituisce parte integrante del Fascicolo informativo, ed è valida a decorrere dal 28 giugno 2018**

La presente appendice integrativa - consultabile sul sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) - prevede l'aggiornamento delle informazioni contenute nel Fascicolo Informativo.

In particolare l'aggiornamento è reso necessario in conseguenza della Lettera al mercato IVASS del 28 febbraio 2018 riguardante le modalità di accertamento dell'invalidità e non trasmissibilità agli eredi del diritto all'indennizzo per invalidità permanente nelle polizze infortuni e malattia, e riguarda le Condizioni di Assicurazione nella sezione 2 - Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri, all'Art. 2.1 - Obblighi in caso di Sinistro.

Viene di seguito riportato il nuovo testo dell'articolo opportunamente modificato.

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

**2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI**

**Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro**

In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso scritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico e deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora dell'evento, nonché una dettagliata descrizione delle sue modalità di accadimento.

Il decorso delle lesioni deve essere documentato da ulteriori certificati medici.

L'Assicurato o, in caso di morte, i beneficiari designati o gli eredi, devono consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società.

L'Assicurato è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dall'Infortunio denunciato prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di ricovero.

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

