

UOC Affari Generali

**Il dirigente della UOC Affari Generali
in virtù della delega conferita con deliberazione N°232/2015
HA ASSUNTO LA PRESENTE DETERMINAZIONE**

N. 30 del 23/01/2024

OGGETTO: Liquidazione a favore dell'UnipolSai Assicurazioni dell'importo pari ad Euro 6.511,23 per il pagamento del premio prima rata della Polizza Infortuni donatori di sangue n. 196911965 del 10.11.2023, relativa al periodo 10.11.2023/30.06.2024.

Esercizi/o e conto 2023/2024 Conto n. 502020114 Centri/o di costo 2003000

- Importo presente Atto: € 6.511,23

- Importo esercizio corrente: € 4883,4225

Budget

- Assegnato: € -

- Utilizzato: € -

- Residuo: € -

Autorizzazione n°: 2023/AFFGEN 1 - 2024/AFFGEN 2 - SUB 1

Servizio Risorse Economiche: **Giovanna Evangelista**

UOC Affari Generali Proposta n° DT-20-2024

L'estensore

Aura Albina Colaiuda

Il Responsabile del Procedimento

Aura Albina Colaiuda

Il Dirigente della UOC Affari Generali

Massimiliano Gerli

La presente determinazione si compone di n° 5 pagine e dei seguenti allegati che ne formano parte integrante e sostanziale:

Polizza infortuni donatori di sangue. Pag. 8

Il Dirigente della UOC Affari Generali

- Visto il decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni;
- Visto il decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e il decreto legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 “Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico”;
- Vista la legge regionale 23 gennaio 2006, n. 2;
- Visto l’Atto Aziendale adottato con deliberazione n. 153 del 19 febbraio 2019 e approvato dalla Regione Lazio con DCA n. U00248 del 2 luglio 2019, modificato e integrato con deliberazioni n. 1254 del 02 dicembre 2020, n. 46 del 2 gennaio 2021 e n. 380 del 25 marzo 2021, approvate dalla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio, con Determinazione n. G03488 del 30 marzo 2021;
- Vista la deliberazione IFO n. 1 del 2 gennaio 2024 di insediamento del Direttore Generale f.f. Dott.ssa Laura Figorilli;
- Viste le deliberazioni n. 212 del 16 marzo 2022 e n. 154 del 28 febbraio 2022 con le quali sono stati nominati rispettivamente la Dott.ssa Laura Figorilli quale Direttore Amministrativo ed il Dott. Ermete Gallo quale Direttore Sanitario degli Istituti Fisioterapici Ospitalieri;
- Visto il D.M. del Ministero della Salute del 8 maggio 2020 di conferma del riconoscimento del carattere scientifico dell’IRCCS di diritto pubblico a Istituti Fisioterapici Ospitalieri (IFO) relativamente alla disciplina di “oncologia” per l’Istituto Nazionale Tumori Regina Elena (IRE) e alla disciplina di “dermatologia” per l’Istituto San Gallicano (ISG);
- Premesso che con deliberazione 19 ottobre 2021, n. 668, la Regione Lazio ha recepito l’Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 100/CSR dell’8 luglio 2021 con il quale è stato approvato il nuovo schema di convenzione tra le Aziende/Enti e le Associazioni/Federazioni di donatori volontari di sangue della Regione Lazio, in applicazione dell’art. 6, comma 1, lett. b) della legge 21 ottobre 2005, n. 219;

che con nota pervenuta in data 10.02.2022, prot. 2069, la Regione Lazio, Direzione Regionale Salute ed Integrazione sociosanitaria, Area Rete Ospedaliera e Specialistica, ha chiesto l'adeguamento delle convenzioni in essere presso l'Ente o di nuova stipula, allo schema tipo previsto dal citato Accordo Stato/Regioni Rep. Atti n. 100/CSR dell'8 luglio 2021.

- Vista** la nota acquisita al protocollo dell'Ente in data 11.09.2023, n. 11454, con la quale l'Associazione Donatori Volontari di Sangue EMA Roma ha chiesto all'Ente il rinnovo della convenzione secondo il citato schema regionale, finalizzata alla collaborazione nel campo della donazione del sangue, per il triennio 2023-2026.
- Rilevato** che l'art. 6 dello schema tipo previsto dall'Accordo Stato/Regioni, nel disciplinare le coperture assicurative prevede che:
- l'Ente che sottoscrive la convenzione è tenuto a garantire la copertura assicurativa per infortunio dei donatori di sangue o con stipula della polizza o con rimborso all'Associazione;
 - la copertura assicurativa di cui sopra, compresa la fattispecie in itinere, sia per le attività svolte presso il S.T. e relative articolazioni organizzative sia per quelle svolte presso l'U.d.R. e relativi punti di raccolta deve includere i rischi correlati almeno alle seguenti fasi: idoneità alla donazione (visita e approfondimenti), donazione e controlli periodici, con un massimale non inferiore a 350.000,00 euro per morte ed invalidità e non deve prevedere franchigie.
- Considerato** che l'Ente risulta sprovvisto di una polizza infortuni per i donatori di sangue, si è reso necessario chiedere alla Compagnia Assicurativa UnipolSai l'integrazione della polizza in essere presso gli IFO, mediante la stipula di una specifica polizza, per la copertura dianzi citata.
- Dato atto** che l'UnipolSai ha trasmesso la polizza n. 196911965 del 10.11.2023, relativa al periodo 10.11.2023/30.06.2024, con previsione di un premio prima rata pari ad euro 6.511,23.
- Ritenuto** pertanto di dover liquidare a favore dell'UnipolSai Assicurazioni l'importo di Euro 6.511,23 per il pagamento del premio prima rata della polizza infortuni donatori di sangue n. 196911965 del 10.11.2023, il relativo importo dovrà essere rimesso presso:

Banca Popolare Puglia e Basilicata Scpa
IT 47 R 05385 03200 000000002641
BPDMIT3BXXX

Attestato che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo e utile per il servizio pubblico, ai sensi dell'art. 1 della legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della legge 241/90, come modificata dalla legge 15/2005.

Determina

Per i motivi di cui in narrativa che si intendono integralmente confermati di:

liquidare a favore dell'UnipolSai Assicurazioni l'importo di Euro 6.511,23 per il pagamento del premio prima rata della polizza infortuni donatori di sangue n. 196911965 del 10.11.2023, relativa al periodo 10.11.2023/30.06.2024;

il relativo importo dovrà essere rimesso presso:

Banca Popolare Puglia e Basilicata Scpa
IT 47 R 05385 03200 000000002641
BPDMIT3BXXX

l'impegno di spesa pari ad Euro 6.511,23 andrà a gravare sul conto n. 502020114 del bilancio 2023/2024 e sarà ripartito come segue:

Anno 2023 (novembre/dicembre 2023)	Euro 1.627,8075
Anno 2024 (gennaio/giugno 2024)	Euro 4.883,4225

La UOC Affari Generali e la UOC Risorse Economiche e Bilancio cureranno tutti gli adempimenti relativi al presente provvedimento.

La UOC Affari Generali curerà tutti gli adempimenti per l'esecuzione della presente determinazione.

Il Dirigente della UOC Affari Generali

Massimiliano Gerli

Documento firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate

Polizza INFORTUNI

1 003 00000 00166835969

AGENZIA ROMA										NUMERO ARCHIVIO 166835969	
COD. AG.	COD. SUBAG.	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)
1/39302	401	77	196911965		1031	10	2023		0	0	
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO	
10/11/2023		30/06/2024		30/06/2024		0		13/11/2023		TEMPORANEA	
CONVENZIONE			COD.CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG.		
						87355			921		
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
IFO - VIA ELIO CHIANESI, 53 - 00144 ROMA RM										01033011006	
PREMIO NETTO		ACCESSORI		PREMIO TASSABILE		TASSE		TOTALE PREMIO PRIMA RATA		PROV. RISCHIO	
5.523,84				828,58		6.352,42		158,81		* 6.511,23	
PREMIO NETTO		ACCESSORI		PREMIO TASSABILE		TASSE		TOTALE PREMIO RATE SUCCESSIVE		COMBINAZIONE	
										RM	
CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SPECIFICO RICHIAMO											
32											
COASSICURAZIONE DELEGA		QUOTA UnipolSai Assicurazioni		CODICE		QUOTA %		CODICE		QUOTA %	
UnipolSai Assicurazioni divisione Unipol		60,000		399		40,000					
DELEGA ALTRUI		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

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
NUMERO PERSONE	1			
INFORTUNI: MORTE		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
		2,251	260.000,00	585,50
		FRANCHIGIA % (2)		
INVALIDITÀ PERMANENTE		2,251	260.000,00	585,50
		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)				
			10.000,00	585,50
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
		FRANCHIGIA GG.		
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

GRUPPO 2

	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
NUMERO PERSONE	1			
INFORTUNI: MORTE		TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
		5,142	350.000,00	1.800,00
		FRANCHIGIA % (2)		
INVALIDITÀ PERMANENTE		5,142	350.000,00	1.800,00
		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)		13,173	52,00	685,00
			10.000,00	1.545,85
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
		FRANCHIGIA GG.		
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)		6,009	100,00	601,00
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

8.188,35

(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

NOTE:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro 3.509,28.

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 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.

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 1031 edizione 01/06/2014 comprensivo di Nota Informativa e Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa privacy;
- ✓ di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Fascicolo Informativo modello 1031 edizione 01/06/2014, 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 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

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

IL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- ✓ 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

IL CONTRAENTE

CONDIZIONI ESPRESSAMENTE ACCETTATE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, il Contraente dichiara di conoscere, approvare ed accettare specificatamente i seguenti articoli contenuti nel Fascicolo Informativo:

- | | |
|--|---|
| Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro | Art. 2.4 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato |
| Art. 1.9 - Altre assicurazioni | Art. 2.13 - Arbitrato irrituale |
| Art. 1.10 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione | Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo |
| Art. 1.11 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione | Art. 3.7 - Estensioni - lettera b) infortuni determinati da calamità naturali |
| Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro | |
| Art. 2.2 - Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità | |

IL CONTRAENTE

Polizza emessa il 13/11/2023

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 temporanea

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 507711 - fax +39 051 7096554
Capitale sociale i.v. Euro 1.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, CF. 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. 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 aggiuntivo

NUMERO POLIZZA 1/39302/77/196911965
AGENZIA ROMA CODICE SUBAGENZIA 401

Contraente/Assicurato IFO
Domicilio VIA ELIO CHIANESI, 53 - 00144 ROMA - RM
Partita IVA 01033011006

Categoria Donatori di sangue

L'assicurazione vale per gli infortuni occorsi al donatore di sangue iscritto alla contraente e ai donatori occasionali:

- a) durante il trasferimento (escluso il trasporto aereo) dall'abitazione o dal luogo di lavoro del donatore al luogo (ospedale, clinica, posto di pronto soccorso, abitazione del donatore) dove dovrà effettuarsi la donazione;
 - b) durante il ritorno del donatore dal luogo ove è avvenuta la donazione (escluso il trasporto aereo) alla propria abitazione oppure al posto di lavoro;
 - c) in occasione della donazione di sangue;
 - d) durante la permanenza nei locali dove si effettua la donazione.
- Morte Euro 350.000,00.
IP Euro 350.000,00.
RSM Euro 10.000,00.
Inabilità temporanea (con il massimo di 180 giorni) Euro 52,00.
Indennità da ricovero (con il massimo di 180 giorni) Euro 100,00.
Indennità da ingessatura (con il massimo di 180 giorni) Euro 100,00.
Il numero annuo preventivato di donazioni è pari a 10.000.
Il premio unitario annuo a donazione è pari ad Euro 1,02.
Il premio annuo lordo è pari ad Euro 10.200,00."
Il premio per il periodo deve essere calcolato pro-rata temporis.

Si esclude l'inserimento dell'assistenza permanente di Euro 6.000,00 e l'estensione agli eventi derivanti da cause non esterne.

1031

Allegato a polizza INFORTUNI

NUMERO POLIZZA	1/39302/77/196911965	CODICE SUBAGENZIA	401
AGENZIA	ROMA		

Contraente/Assicurato IFO
Domicilio VIA ELIO CHIANESI, 53 - 00144 ROMA - RM
Partita IVA 01033011006

CONDIZIONI PARTICOLARI E CLAUSOLE

32 - INDENNITA' PER IMMOBILIZZAZIONE A SEGUITO DI INFORTUNIO

1031

Allegato a Polizza
INFORTUNI CUMULATIVA

NUMERO POLIZZA 1/39302/77/196911965
 AGENZIA ROMA SUBAGENZIA 401

ALLEGATO PER LA COASSICURAZIONE

Contraente/Assicurato IFO
Domicilio VIA ELIO CHIANESI, 53 - 00144 ROMA - RM
Partita IVA 01033011006

CLAUSOLA DI DELEGA

L'assicurazione e' ripartita per quote fra le Imprese in appresso indicate. Ciascuna di esse e' tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilita' solidale.
 Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso ed alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria. Ogni comunicazione s'intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici.
 Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facolta' necessaria, ivi compresa quella di incaricare in nome e per conto delle Coassicuratrici esperti (periti, medici, consulenti, etc.).

La Delegataria e' anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente e/o Assicurato in dipendenza del contratto, contro rilascio delle relative quietanze. Scaduto il termine contrattuale di pagamento del premio, la Delegataria potra' sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome e per loro conto. Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

N. ordine	Compagnia	Agenzia	Quota%
01	UNIPOLSAI ASSICURAZIONI SPA	39302	60,000
02	COASS FRA AGENZIE	1197	40,000

RIPARTO PREMIO RATA DAL 10/11/2023 AL 30/06/2024				
N. ordine	Premio netto e oneri frazionamento	Accessori	Imposte	Totale
01	3.314,30	497,15	95,29	3.906,74
02	2.209,54	331,43	63,52	2.604,49
Totale	5.523,84	828,58	158,81	6.511,23

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE

IL CONTRAENTE

Le Coassicuratrici: _____

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

IFO 01033011006

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

Professione/Settore di attività

VIA ELIO CHIANESI 00144 ROMA RM ENTE PUBBLICO ALTRA SANITA'

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 "il Regolamento"), tratterà i dati personali comuni da Lei forniti unicamente con lo scopo di valutare l'adeguatezza del contratto assicurativo propostoLe 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 coassicurazione. 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 ricorrono 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 type="checkbox"/>	Non sa/Non risponde	<input type="checkbox"/>	
Esistenza di altre coperture assicurative:	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Non sa/Non risponde	<input type="checkbox"/>	
Tipologia delle eventuali coperture esistenti:	Infurtuni	<input type="checkbox"/>	Malattie	<input type="checkbox"/>	Incendio	<input type="checkbox"/>	
Altri Danni ai Beni	<input type="checkbox"/>	Responsabilità Civile	<input type="checkbox"/>	Multirischi in Genere	<input type="checkbox"/>	Furto	<input 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 €/annui	<input type="checkbox"/>	fino a 500 €/annui	<input type="checkbox"/>	fino a 1.000 €/annui	<input type="checkbox"/>
oltre 1.000 €/annui	<input type="checkbox"/>	Non sa/Non Risponde	<input type="checkbox"/>		

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

- protezione della persona propria e/o familiari in caso di:
 - individuale
 - nucleo familiare
 - infurtuni
 - nell'attività lavorativa
 - nel tempo libero/attività domestiche
 - durante la circolazione dei veicoli/natanti
 - malattie
 - rimborso delle Spese di Cura
 - indennità per la tutela del proprio reddito (Diarie e capitale per Invalidità Permanente)
 - possibilità di fruire di "servizi di assistenza" relativi alla salute (infortunio/malattia)
- Infurtuni Malattie
 collettività a favore di terzi

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 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 type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Sono stati esposti i contenuti del contratto e delle garanzie prestate e, in particolare:	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Rivalsa/franchigie/scoperti	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Tipologia della reintegrazione/ristoro previsti (valore intero, a nuovo, a forfait, etc.)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Periodi di carenza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Delimitazioni dell'oggetto della garanzia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Esclusioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Decadenze	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Massimali/capitali/somme assicurate	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Riduzione degli importi assicurati in particolari casi (sottolimiti)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Periodi massimi di erogazione delle prestazioni	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Validità temporale della garanzia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
· Criteri di indennizzabilità/risarcimento	SI <input 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 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 col Cliente le caratteristiche del prodotto offerto sopra indicate.

Data 13/11/2023

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 13/11/2023

Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

Agente Sub-agente Collaboratore

C3 - Dichiarazione di volontà di acquisto

Il Cliente dichiara di essere stato ragguagliato 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 13/11/2023

Firma del Cliente

Firma dell'Intermediario

Agente Sub-agente Collaboratore

**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 - 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.
Amministratore Delegato
Matteo Laterza

