



1031

**Polizza
INFORTUNI**

1 003 00000 00198101152

AGENZIA BARI										NUMERO ARCHIVIO 198101152		
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	215772308		1031	10	2026	1	0	0		
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO		
01/06/2026		01/06/2027		01/06/2027		1		ANNUALE		27/05/2026		
CONVENZIONE				COD.CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG.		
					1967		91000			921		
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA		
CNS LIBERTAS - VIA PO, 22 - 00198 ROMA RM										04030581005		
											PROV. RISCHIO	
											RM	
											COMBINAZIONE	
CONDIZIONI PARTICOLARI VALIDE PER SPECIFICO RICHIAMO												
9	80											

La presente polizza è integrata dal Set informativo e l'informativa privacy (Modello SI/01031/000/00000/C edizione 15/03/2026)

RIEPILOGO DELLE PERSONE - GARANZIE PRESTATE - SOMME ASSICURATE - FRANCHIGIE (AD USO AMMINISTRATIVO)**GRUPPO 1**

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE		230			
			TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INVALIDITÀ PERMANENTE			FRANCHIGIA % (2)		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)			FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)			FRANCHIGIA GG.		
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)					

GRUPPO 2

	NUMERO PERSONE	N°	TASSO % (1)	RETRIBUZIONI (1)	PREMIO ANNUO
INFORTUNI: MORTE					
			TASSO %	SOMME ASSICURATE COMPLESSIVE	
INVALIDITÀ PERMANENTE			FRANCHIGIA % (2)		
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)			FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO		

RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATIVO)				
	FRANCHIGIA GG.			
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)				

(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 SET INFORMATIVO MODELLO SI/01031/000/00000/C EDIZIONE 15/03/2026 COME DA CONDIZIONI PARTICOLARI SE OPERANTI

NOTE:

Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- p di aver ricevuto dal distributore, prima della sottoscrizione della presente Polizza, il "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi"
- p **di avere ricevuto ed esaminato, prima della sottoscrizione del presente contratto, il Set Informativo e l'Informativa privacy (Modello SI/01031/000/00000/C edizione 15/03/2026)**
- p di conoscere e di approvare le Condizioni di Assicurazione del presente contratto, riportate nel Set Informativo modello **SI/01031/000/00000/C** edizione **15/03/2026**, 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
- p 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, né dalla Società né 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. È fatto salvo il diritto all'oblio oncologico.

**Unipol Assicurazioni S.p.A.
UN PROCURATORE**

IL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- p 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
- p 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 Set Informativo:

- | | |
|---|--|
| <p>Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro</p> <p>Art. 1.9 - Altre assicurazioni</p> <p>Art. 1.10 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione</p> <p>Art. 1.11 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione</p> <p>Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro</p> <p>Art. 2.2 - Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità</p> | <p>Art. 2.4 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato</p> <p>Art. 2.13 - Arbitrato irrituale</p> <p>Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo</p> <p>Art. 3.7 - Estensioni - lettera b) infortuni determinati da calamità naturali</p> <p>Condizione Particolare cod. 80 - Regolazione del premio</p> |
|---|--|

IL CONTRAENTE

Polizza emessa il 27/05/2026

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

Unipol Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipol@pec.unipol.it - tel. +39 051 5076111 - fax +39 051 5076666
 Capitale sociale i.v. Euro 3.365.292.408,03 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00284160371 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 160304
 Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e Riassicurazione Sez. I al numero 1.00183
 Capogruppo del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046 - unipol.com - unipol.it

1031

Allegato testo aggiuntivoNUMERO POLIZZA
AGENZIA1/61382/77/215772308
BARI

CODICE SUBAGENZIA 148

Contraente/Assicurato CNS LIBERTAS
Domicilio VIA PO, 22 - 00198 ROMA - RM
Partita IVA 04030581005

La presente polizza assicura i volontari della Contraente esclusivamente quando prestano la propria opera per quest'ultima per le garanzie e massimali qui indicati:

EVENTO ASSICURATO	SOMMA ASSICURATA	FRANCHIGIA
CASO MORTE	€ 100.000,00	//
INVALIDITA' PERMANENTE	€ 150.000,00	3%
DIARIA DA RICOVERO PER INF.	€ 40,00	//

La polizza deve intendersi a regolazione sul numero volontari che risultano 230.