

**QUESTIONARIO PER LA
VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA
DEI CONTRATTI ASSICURATIVI**

DATI CONTRATTO

Agenzia CIVITA CASTELLANA Cod. Agenzia 00080 Cod. SubAgenzia _____
N. POLIZZA 108290954 Contraente GRUPPI ARCHEOLOGICI D'ITA LIA

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ADEGUATEZZA DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

Gentile Cliente,
il presente questionario, la cui proposizione è per noi obbligatoria ai sensi della normativa vigente, ha lo scopo di acquisire, nel Suo interesse, informazioni necessarie - insieme a quelle raccolte in sede di preventivazione - a proporre un contratto adeguato alle Sue esigenze garantendole la migliore tutela possibile.
Qualora, tuttavia, Lei non intenda fornire tali informazioni, Le chiediamo gentilmente di sottoscrivere la "Dichiarazione di rifiuto di fornire le informazioni richieste".



DICHIARAZIONI DEL CLIENTE
(alternative tra di loro)

ATTESTAZIONE DI CONFORMITA' AL REGOLAMENTO IVASS n. 40/2018

Dichiaro che sono stato compiutamente informato sugli elementi essenziali del contratto con particolare riguardo alle caratteristiche (condizioni generali di assicurazione, oggetto delle singole garanzie,....) alla durata, ai costi, ai limiti di copertura (franchigie, scoperti, somme assicurate, massimali, esclusioni, rivalse,....) e che le prestazioni proposte risultano coerenti e proporzionate alle esigenze e alle aspettative espresse. Il sottoscritto Cliente dichiara pertanto di aver ricevuto tutta la documentazione precontrattuale prevista dalle vigenti disposizioni. Il sottoscritto Cliente dichiara pertanto di voler accettare la proposta assicurativa e di voler stipulare il relativo contratto numero di polizza 108290954


Data


AGENZIA GROUPAMA
Firma dell'Intermediario

Firma del Cliente

RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIU' DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

Data

Firma dell'Intermediario

Firma del Cliente

VOLONTA' DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il cliente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili (comprese quelle acquisite in sede di preventivo), la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative. Il sottoscritto cliente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto n108290954.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza

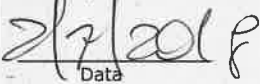
Data

Firma dell'Intermediario

Firma del Cliente

Informativa sulla privacy

Il sottoscritto è informato, ai sensi del Regolamento UE n. 679/2016 (GDPR) e della normativa nazionale di adeguamento, che i dati raccolti sono trattati dalla Società al fine di valutare l'adeguatezza dei contratti che verranno offerti in relazione alle esigenze assicurative del potenziale cliente come richiesto dal Regolamento IVASS n. 40/2018 e dell'adempimento dei conseguenti obblighi di legge, rispetto ai quali il conferimento dei dati ed il consenso al trattamento sono essenziali; che tali dati saranno trattati anche con mezzi automatizzati, nel rispetto della normativa, da tutti i dipendenti e collaboratori nell'ambito delle rispettive funzioni in conformità delle istruzioni ricevute solo per il conseguimento delle specifiche finalità indicate; che i dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere comunicati ad altri soggetti (agenti, subagenti e altro personale di agenzia operativi per conto di Groupama Assicurazioni) del settore assicurativo nonché società di servizi informatici o di archiviazione; Enti pubblici nel caso di comunicazioni obbligatorie per legge. Prende atto che gli competono i diritti di cui all'art. 7 D.Lgs 196/03 e artt. 15-21 del Reg.UE (diritto di accesso, rettifica, portabilità, oblio, opposizione) tra cui quello di conoscere in ogni momento la tipologia dei dati personali che lo riguardano presso i singoli titolari del trattamento, cioè presso la nostra Società o presso i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo e come vengano utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, di chiederne il blocco o di opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio dei diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà utilizzare il modulo di esercizio diritti interessato, scaricabile dal link <http://www.groupama.it/note-legali-e-cookies> ed inviario a Groupama, mediante una delle seguenti modalità: posta tradizionale con raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata a Groupama Assicurazioni S.p.A. ; Viale Cesare Pavese n. 385, 00144 Roma; fax al numero 0680210831; PEC all'indirizzo groupama@legalmail.it; Posta elettronica all'indirizzo privacy@groupama.it. Con la sottoscrizione del presente questionario, preso atto di tali informazioni, il sottoscritto acconsente al trattamento dei propri dati, anche sensibili, comprese le eventuali comunicazioni e trasferimenti all'estero, nei limiti e con le modalità sopradescritte e nel rispetto della vigente normativa.


Data

Firma del Cliente





Assicurazioni

AMMA S.R.L.S.
PIAZZA DELLA LIBERAZIONE, 2
01033 - CIVITA CASTELLANA (VT)
Tel. 0761-513117

Protezione Infortuni
Collettivita'

Ristampa del 19/02/2019

Documento di: **Sostituzione polizza**

DATI CONTRATTO

Agenzia **CIVITA CASTELLANA** Cod. Agenzia **000080** Cod. SubAgenzia
N. POLIZZA **108290954** Tacito Rinnovo Si
Dalle Ore 24:00 del **26/06/2018** Alle Ore 24:00 del **01/01/2019** Durata: Anni 0 Mesi 6 Giorni 5
Scadenza Copertura **01/01/2019** Frazionamento **Annuale** Data Emissione **27/06/2018**
Regolazione Premio Si

ASSICURAZIONE IN FORMA NON NOMINATIVA

Tipo di Rischio: **Associazione di Volontariato soggetta a legge 266/91**

Numero Assicurati: **1200**

POLIZZE SOSTITUITE

Numero Polizza **1100810**

CONTRAENTE

Denominazione **GRUPPI ARCHEOLOGICI D' ITA LIA** C.F. **96190640589** P.I. **96190640589** Sesso
Data di nascita Luogo di nascita
Indirizzo **VIA BALDO DEGLI UBALDI** N. Civico **168** CAP **00167**
Località **ROMA** Comune **ROMA** Provincia **RM** Nazione **IT**
Data Effetto **26/06/2018**
Telefono cellulare **390639376711**

LIMITE PER EVENTO

In caso di sinistro indennizzabile a termini di polizza che coinvolga più Assicurati, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà superare l'importo di Euro 1.000.000.
Qualora gli indennizzi liquidabili a termini di polizza eccedessero nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno ridotti proporzionalmente ai rispettivi capitali assicurati.

I Capitali/Massimali di seguito indicati sono da intendersi per singolo Assicurato.

NUCLEO N°1

Numero assicurati: **1200**
Categoria Dichiarata: **ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO - - Socio assistenziale/Culturale Ricreativa**



Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it
Cap. Soc. - euro 242.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 0041140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. 00056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiana al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Pagina 1 di 6

ITAAAYG7



Assicurazioni

Protezione Infortuni
Collettività'

Contraente	Polizza:	Mot. emissione:	Data:
GRUPPI ARCHEOLOGICI D' ITA LIA	108290954	Sostituzione polizza	26/06/2018

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

DICHIARAZIONI AI SENSI DEGLI ARTT. 1892, 1893 E 1894 DEL CODICE CIVILE

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 del Codice Civile il Contraente dichiara:

- di non aver stipulato altre assicurazioni per lo stesso rischio;
- l'Associazione di Volontariato è soggetta alla Legge 266/1991 ?
Si
- vi sono state precedenti polizze analoghe annullate per sinistro ?
No
- nell'ultimo triennio precedente alla data di effetto della presente polizza, si sono verificati sinistri per i quali sia stato corrisposto un indennizzo superiore ai premi pagati ?
No

Il Contraente è esonerato

- dall'obbligo della preventiva denuncia delle generalità delle persone assicurate. Per l'identificazione di tali persone, per la determinazione delle somme assicurate e per il computo del premio, si farà riferimento alle risultanze dei libri di amministrazione del Contraente, libri che questi si obbliga a esibire in qualsiasi momento insieme a ogni altro documento probatorio in suo possesso, a semplice richiesta delle persone incaricate dalla Società di fare accertamenti e controlli;
- dall'obbligo di denunciare alla Società eventuali infermità, difetti fisici o mutilazioni da cui le persone assicurate fossero affette al momento della stipulazione della presente polizza o che in seguito dovessero sopravvenire. Tali persone, però, dovranno essere comunque in condizioni di assicurabilità a norma dell' "Art. 55 - Persone non assicurabili" delle Condizioni di Assicurazione.

IL CONTRAENTE

OGNI DEROGA, MODIFICA OD INTEGRAZIONE ALLE DICHIARAZIONI CHE PRECEDONO DEVE ESPLICITAMENTE RISULTARE IN POLIZZA L'ASSICURAZIONE E' REGOLATA DAL PRESENTE DOCUMENTO E DALLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (MOD. 250236 ed. 05/2018) CHE IL CONTRAENTE DICHIARA DI CONOSCERE, ACCETTARE ED AVER RICEVUTO

IL CONTRAENTE, PRIMA DELL'INCLUSIONE DELL'ASSICURANDO NELLA PRESENTE COPERTURA ASSICURATIVA, S'IMPEGNA A CONSEGNARGLI LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE (MOD. 250236 ed. 05/2018) CHE REGOLANO LA COPERTURA ASSICURATIVA.

IL CONTRAENTE

Agli effetti degli articoli 1341 e 1342 C.C. il sottoscritto dichiara di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli, il cui testo è in suo possesso, contenuti nelle Condizioni di assicurazione (mod. 250236 ed. 05/2018):

ART. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio, ART. 2 - Aggravamento del rischio, ART. 4 - Altre assicurazioni, ART. 5 - Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie, ART. 6 - Modifiche dell'assicurazione, ART. 7 - Recesso in caso di sinistro, ART. 8 - Obblighi in caso di sinistro, ART. 9 - Proroga e periodo di assicurazione, ART. 12 - Obblighi del Contraente nei confronti degli Assicurati, ART. 15 - Esclusioni, ART. 18 - Criteri di liquidazione dell'invalidità permanente e relative franchigie, ART. 28 - Criteri di liquidazione dell'Inabilità temporanea e relative franchigie, ART. 30 - Criteri di liquidazione del Rimborso spese di cura, ART. 35 - A - Personale Dirigente, ART. 36 - B - Delimitazione dell'assicurazione al rischio volo, ART. 37 - C - Forma di copertura professionale, ART. 38 - D - Forma di copertura extraprofessionale, ART. 39 - E - Rischio carica, ART. 40 - Condizione speciale A - Associazioni di volontariato, ART. 41 - Condizione speciale B - Scuole (escluse Università), ART. 42 - Condizione speciale C - Tornei sportivi di calcio, calcetto, pallacanestro, pallavolo, ART. 43 - Condizione speciale D - Manifestazioni, sagre, fiere, ART. 44 - Condizione speciale E - Colonie, centri estivi, gr.est., campus, campi scuola, ART. 45 - Condizione speciale F - Viaggi collettivi, ART. 46 - Condizione speciale G - Palestre, ART. 47 - Assicurazione in forma nominativa, ART. 48 - Assicurazione in forma non nominativa, ART. 49 - Regolazione premio, ART. 50 - Estensione territoriale, ART. 51 - Limite di età, ART. 52 - Limite per evento, ART. 53 - Variazione del Contraente, ART. 54 - Variazione del Rischio assicurato, ART. 55 - Persone non assicurabili, ART. 56 - Accantonamento dell'indennizzo in caso di responsabilità civile del Contraente, ART. 57 - Obblighi di denuncia dell'infortunio o della malattia e oneri relativi, ART. 58 - Criteri di indennizzabilità, ART. 59 - Controversie: arbitrato irrituale, ART. 60 - Servizio di Assistenza, ART. 61 - Prestazioni di Assistenza.

IL CONTRAENTE



Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it
Cap. Soc. euro 242.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritta nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. 00056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Pagina 3 di 6

ITAAAYG7

Protezione Infortuni Collettività'

Contraente	Polizza:	Mot.emissione:	Data:
GRUPPI ARCHEOLOGICI D' ITA LIA	108290954	Sostituzione polizza	26/06/2018

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

La periodicità di corresponsione del premio è indicata nel presente modulo di polizza.

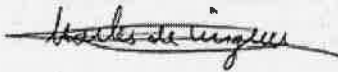
Le modalità di pagamento riconosciute dall'Impresa sono:

1. assegno bancario, postale o circolare, non trasferibile intestato all'Impresa o all'Intermediario, in tale sua qualità, ovvero girato nei limiti consentiti dalla vigente normativa in materia;
2. bonifico e/o altro mezzo di pagamento bancario, postale o elettronico, comunque sempre emesso a favore dell'Impresa o dell'Intermediario, in tale sua qualità;
3. contanti fino al limite consentito dalla vigente normativa in materia.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy, relativa al trattamento dei dati, e il Fascicolo Informativo (mod. 250236C ed. 05/2018) contenente: la Nota Informativa, comprensiva del Glossario (mod. 250236I ed. 05/2018) e le Condizioni di Assicurazione (mod. 250236 ed. 05/2018) e relativo Documento Informativo Precontrattuale - DIP.

Groupama Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore delegato



IL CONTRAENTE

**Firma del
Contraente**



Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 365 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3010.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it
Cap. Soc. euro 242.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritta nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. 00556 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg





Assicurazioni

Protezione Infortuni
Collettività'

Contraente	Polizza:	Mot.emissione:	Data:
GRUPPI ARCHEOLOGICI D' ITA LIA	108290954	Sostituzione polizza	26/06/2018

In conformità al disposto della legge n° 1216 del 29 ottobre 1961 (Nuove disposizioni tributarie in materia di assicurazioni private e di contratti vitalizi) e successive modifiche ed integrazioni, la Società rilascia il foglio in questione con lo scopo di fornire al Contraente il dettaglio dei premi delle garanzie sottoscritte con la presente polizza e le relative aliquote d'imposta applicate in funzione dei rispettivi articoli di tariffa (*).

RATA DI PERFEZIONAMENTO

	Imponibile	Imposte	Premio Totale	Articolo di tariffa (*) e Aliquota d'Imposta applicata
01-Infortuni	505,91 €	12,66 €	518,57 €	A5 - 2,50000%
02-Malattia	250,17 €	6,26 €	256,43 €	A5 - 2,50000%
18- Assistenza	-15,12 €	0,00 €	-15,12 €	DL/393 - 10,00000%

TOTALE GENERALE

740,96 € 18,92 € 759,88 €

RATA SUCCESSIVA

	Imponibile	Imposte	Premio Totale	Articolo di tariffa (*) e Aliquota d'Imposta applicata
01-Infortuni	4.381,44 €	109,55 €	4.490,99 €	A5 - 2,50000%
02-Malattia	486,83 €	12,18 €	499,01 €	A5 - 2,50000%

TOTALE GENERALE

4.868,27 € 121,73 € 4.990,00 €



Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 365 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it
Cap. Soc. euro 342.827.404 interamente versato - Partita Iva 00685741005 - Codice fiscale e numero di iscrizione in Registro delle Imprese di Roma 0041140585 - Impresa appartenente al Gruppo Groupama iscritto nell'Albo Gruppi Assicurativi al n. 00056 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



PAGINA BIANCA

