

Scheda di Polizza Infortuni

Polizza N° INI25035	Polizza sostituita N° -	Prodotto/Edizione del contratto AmTrust SIP INFORTUNI - Ed. 12/2025 – Ultimo Aggiornamento 12/2025		
Intermediario ONE UNDERWRITING S.R.L.	Codice Nodo AG030	Coass NO	Convenzione 0087 - PROTEZIONE INFORTUNI	
% spese esecuzione Polizza -	Compagnia Delegataria -	% Delegataria -	Compagnia Coassicuratrice -	% Coassicuratrice -

Dati del Contraente

Denominazione / Ragione sociale SIP - SOCIETA ITALIANA DI PEDIATRIA	Codice Fiscale 06299590965	Partita IVA 06299590965		
Sede legale VIA GIOBERTI, 60	Comune ROMA	Prov RM	Cap 00185	Nazione IT

Dati della persona giuridica assicurata

Denominazione / Ragione sociale SIP - SOCIETA ITALIANA DI PEDIATRIA	Codice Fiscale 06299590965	Partita IVA 06299590965		
Sede legale VIA GIOBERTI, 60	Comune ROMA	Prov RM	Cap 00185	Nazione IT

Periodo di Assicurazione

Decorre dalle ore 24 del 31/12/2025	Scade alle ore 24 del 31/12/2026	Frazionamento Annuale	Tacito Rinnovo Sì	Prossima Quietanza il 31/12/2026
--	-------------------------------------	--------------------------	----------------------	-------------------------------------

Premio alla firma

Premio Netto (euro) 0,00	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 0,00	Imposte (euro) 0,00	Totale Premio (euro) 0,00
-----------------------------	-------------------	----------------------------------	------------------------	------------------------------

Premio rate future

Premio Netto (euro) 0,00	Accessori 0,00	Premio Imponibile (euro) 0,00	Imposte (euro) 0,00	Totale Premio (euro) 0,00
-----------------------------	-------------------	----------------------------------	------------------------	------------------------------

Il premio sopra esposto è stato arrotondato all'euro superiore se i centesimi di euro sono superiori a 0,49 e arrotondato all'euro inferiore se i centesimi di euro sono uguali o inferiori a 0,49. In entrambi i casi, la Società riconosce il premio come pagato per intero ai sensi dell'art. 1901 del cod.civ..

Le imposte sono applicate al premio imponibile secondo quanto disposto dalle normative fiscali vigenti.

I mezzi di pagamento utilizzabili sono, nei limiti delle norme vigenti, quelli previsti dalle Condizioni di Assicurazione. La periodicità di pagamento (frazionamento) può essere annuale oppure quella diversamente concordata con la Società.

L'importo del Premio alla Firma è stato pagato in data _____

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

Scheda di Polizza Infortuni

Dichiarazioni sulla gestione dell'Adesione alla Polizza Collettiva

Ai fini della gestione della Polizza, il Contraente dichiara che:

Delega al Broker

Ha affidato all'Intermediario indicato in Polizza, in qualità di Broker iscritto al RUI, il mandato a rappresentarlo ai fini della gestione della presente assicurazione.	NO
---	----

Dichiarazioni del Contraente**Consegna Set Informativo**

Il Contraente dichiara di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione della Polizza, del Set Informativo (AmTrust SIP INFORTUNI - Ed. 12/2025 – Ultimo Aggiornamento 12/2025)	FIRMA CONTRAENTE
---	------------------

Accettazione Clausole Specifiche

Il Contraente dichiara, ai sensi degli artt. 1341, 1342 del Codice Civile, di approvare espressamente le disposizioni dei seguenti Articoli delle Condizioni di Assicurazione: Art. 3 Limiti di copertura - 5.1 Obblighi dell'Aderente/Assicurato in caso di sinistro - 5.4 Criteri di indennizzabilità per Sinistri conseguenti ad Infortunio - 5.12 Arbitrato in caso di disaccordo sulla natura e sulle conseguenze dell'Infortunio - 9.2 – Recesso per Sinistro	FIRMA CONTRAENTE
---	------------------

Privacy per finalità assicurative

Il Contraente dichiara di aver ricevuto l'Informativa per il trattamento dei dati personali ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679.	FIRMA CONTRAENTE
---	------------------

Presa visione Allegato 3 Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi" e Documento di valutazione delle richieste ed esigenze

Il Contraente dichiara di aver preso visione e/o ricevuto, prima della sottoscrizione della Polizza, l'Allegato 3 - "Informativa sul distributore", l'Allegato 4 - "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo non-IBIP", l'Allegato 4-ter "Elenco delle regole di comportamento del distributore" ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n. 40/2018. Dichiara, altresì, di aver ricevuto e firmato, prima della sottoscrizione della Polizza, il documento di valutazione delle proprie richieste ed esigenze assicurative.	FIRMA CONTRAENTE
---	------------------

assicurative

Sottoscrizione della Polizza

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente e dalla Società sulla base della presente Polizza (e degli allegati indicati), comprese le Dichiarazioni del Contraente qui riportate e di quanto nel Set Informativo (AmTrust SIP INFORTUNI - Ed. 12/2025 – Ultimo Aggiornamento 12/2025), che il Contraente dichiara di aver ricevuto, preso visione ed accettati.	La Delegataria AmTrust Assicurazioni S.p.A. L'Amministratore Delegato Matteo Baviello 	La Coassicuratrice	FIRMA CONTRAENTE
--	--	---------------------------	------------------

Emesso il 10/12/2025 in MILANO