

PREVENTIVO – TUTELA MULTIRISCHI PER IL VOLONTARIATO

N° preventivo: 60841	Data: 17-11-2023	Validità: fino al 17-01-2024	Operatore CAES: Elena Peverada	Gruppo: 300
-----------------------------	-------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------	--------------------

DATI ANAGRAFICI

Contraente BANCHE DEL TEMPO ASSOCIAZIONE NAZIONALE	Partita IVA 97474460587
Domiciliato in VIA GIOVANNI COMISSO, 23	Comune ROMA
Telefono 06 5000400	Fax
E-Mail bdtnazionale@gmail.com	CAP 00144 Provincia RM

ALTRI DATI

Numero assicurati: **300**

Tipologia assicurati: **Le persone che prestano attività di volontariato ai sensi del Codice del Terzo Settore (D.Lgs. nr. 117/17) e successive integrazioni e modificazioni.**

L'attività principale svolta è caratterizzata da prestazioni di carattere medico-sanitario: **No**

Attività svolta dagli assicurati: **Attività svolte da tutte le BDT aderenti all'Associazione Nazionale BDT**

GARANZIE PRESTATE

	SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE		Premio pro-capite (imposte incluse)
INFORTUNI	Morte	€ 25.000,00	€ 5,00
	Invalità permanente	€ 50.000,00	
	Indennità da ricovero	€ 15,00	
	Indennità da gesso	€ 15,00	
	Rimborso spese mediche	€ 500,00	
MALATTIA	Indennità da ricovero	€ 15,00	
	Rimborso spese mediche	€ 500,00	

PREMIO COMPLESSIVO (incluse imposte): € 1.500,00.

Durata della copertura: **annuale**

Condizioni di garanzia: **si veda allegato**

Annotazioni:

Proposta di sostituzione polizza nr. 97495800104619.

Risponde agli obblighi assicurativi previsti dal Codice del Terzo Settore unitamente alle altre due proposte di copertura RCT.

Premio unitario a volontario: € 5,00.

Premio minimo di polizza: € 1500,00 valido fino a nr. 300 volontari.

Il Contraente o Assicurato dichiara:

- di non aver avuto polizze per gli stessi rischi stornate per sinistro negli ultimi due anni
- di non aver avuto sinistri negli ultimi cinque anni

Il presente preventivo è costituito da nr. 3 pagine e si intende accettato in ogni sua parte.

Ogni deroga, modifica o integrazione alle dichiarazioni che precedono deve risultare per iscritto.

Data di decorrenza della polizza: 01/01/2024 (dalle ore 24.00)

Firma per accettazione: Grossi Leonina

DICHIARAZIONE DI RICEVIMENTO DEI DOCUMENTI PRECONTRATTUALI

Preventivo n. 60841

Il Contraente dichiara di aver ricevuto i documenti precontrattuali di seguito menzionati:

- L' "Informativa sul Distributore" - Allegato 3, in caso di prima proposta o contratto oppure in caso di rinnovo/stipula di un nuovo contratto e contestuali modifiche di rilievo delle informazioni contenute nella presente informativa in seguito al primo contratto con il Cliente;
- Le "Informazioni sulla distribuzione del prodotto assicurativo" - Allegato 4;
- L' "Elenco delle regole di comportamento del Distributore" - Allegato 4-ter;
- L'Informativa Privacy ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 ed il relativo modello per il Consenso al trattamento assicurativo dei dati personali comuni e sensibili;
- Il Set Informativo (DIP, DIP Aggiuntivo e Condizioni di Assicurazione) del MOD. D998 - ED. 09/2019;
- Il "Questionario di adeguatezza" ed il relativo risultato, finalizzato alla determinazione dell'adeguatezza del prodotto proposto, stipulato o rinnovato alle proprie esigenze assicurative e previdenziali;
- Il "Questionario di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative (Normativa IDD)";

e che il contenuto degli stessi è stato adeguatamente spiegato ed illustrato dall'intermediario.

(Data) 22/12/2023

Grossi Leonina (firma del Cliente/Contraente)

Il Contraente/Assicurato dichiara di approvare specificatamente agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile, i seguenti articoli delle condizioni di polizza riportate sul MOD. D998 - ED. 09/2019:

- Art. 3 - Soggetti non assicurabili;
- Art. 4 - Danni esclusi dalla copertura;
- Art. 4.1 - Soggetti non considerati terzi;
- Art. 7 - Soggetti non assicurabili;
- Art. 8 - Infortuni esclusi dalla copertura;
- Art. 8.1 - Malattie escluse dalla copertura;
- Art. 9.2 - Controversie/arbitrato irrituale;
- Art. 10.2 - Obblighi in caso di aggravamento del rischio;
- Art. 12.1 - Decorrenza dell'assicurazione malattia;
- Art. 14 - Disdetta per durata annuale;
- Art. 14.3 - Disdetta in caso di sinistro.

(Data) 22/12/2023

Grossi Leonina (firma del Cliente/Contraente)

COME ASSICURARSI

Per la stipulazione della polizza sulla base di quanto riportato nel presente preventivo si prega di inoltrare al fax n. 02 93664856 oppure tramite e-mail a elena.peverada@consorziocaes.org:

- copia del presente preventivo con data e firme per accettazione
- copia del "Questionario di adeguatezza" e del "Questionario di valutazione delle richieste ed esigenze assicurative (Normativa IDD)" debitamente compilati e sottoscritti
- copia del modello per il "Consenso al trattamento assicurativo di dati personali comuni e sensibili" debitamente compilato e sottoscritto
- copia della contabile bancaria attestante l'avvenuto pagamento del premio

e di inviare i documenti eventualmente richiesti.

Riceverete direttamente all'indirizzo segnalatoci i documenti contrattuali in originale.

Nel segnalare che non potrà essere indicata una data di decorrenza della polizza anteriore alla data di avvenuto pagamento del premio, si precisa che le garanzie previste nella polizza richiesta potranno essere operanti dalle ore 24.00 dell'avvenuto

È un prodotto creato da:



COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI E RIASSICURAZIONI - MOVIMENTO COOPERATIVO

Distribuito da:



Assimoco S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Centro Leoni - Edificio B - Via Giovanni Spadolini, 7 - 20141 Milano (MI) - Telefono 02/269621 - Fax 02/26920266 - www.assimoco.it - PEC: assimoco@legalmail.it - Capitale Sociale € 107.870.685,00 i.v.
Registro Imprese di Milano-Monza Brianza-Lodi e C.F. n. 03250760588 - R.E.A. n. 1086823 - P.I. n. 11259020151* - Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. Industria Commercio e Artigianato del 11.06.1979 - G.U. n. 195 del 18.07.1979
Albo Imprese IVASS n. 1.00051 - Gruppo Assimoco (Albo Gruppi IVASS n. 051)
Capogruppo del Gruppo Assimoco
*Per fatturazione Partita IVA n. 10516920963 (Gruppo IVA)

pagamento del premio purché ne sia stata data informazione scritta a CAES via fax o e-mail:

- **entro le ore 16.00 dal lunedì al giovedì** (dopo tale orario le richieste verranno considerate come arrivate il giorno successivo e la polizza decorrerà dalle ore 24.00 del giorno successivo);
- **entro le ore 12.00 il venerdì** (dopo tale orario le richieste verranno considerate come arrivate il lunedì successivo e la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del lunedì).

Richieste e pagamenti inviati il **sabato** e la **domenica** (o festività) verranno considerate come arrivate il lunedì successivo (o il primo giorno non festivo) e la copertura decorrerà dalle ore 24.00 del lunedì (o del primo giorno non festivo).

Il pagamento del premio va effettuato attraverso bonifico bancario sul seguente conto corrente presso Banca Popolare Etica intestato a:

CAES ITALIA CONSORZIO ASSICURATIVO ETICO & SOLIDALE SOC. COOP. SOCIALE:
IBAN: IT 19 X 05018 01600 000011187630

Nella causale del versamento deve essere indicato il nominativo del Contraente, il tipo di polizza ed il numero del preventivo.