

RILEVAZIONE DELLE ESIGENZE DEL CLIENTE

ai sensi del Regolamento IVASS 40/2018

Gentile Cliente,

il presente questionario ha lo scopo di acquisire tutte le informazioni necessarie per poter valutare in modo adeguato le sue necessità e, di conseguenza, proporle polizze assicurative coerenti con i rischi che ha individuato e relativamente ai quali intende proteggersi.

PROFILO PERSONALE CONTRAENTE - ADERENTE

Cognome e nome/ragione sociale I.C.S. RITA LEVI MONTALCINI

Se persona fisica, data di nascita === età ===

sesto: femminile maschile

Codice Fiscale / Partita IVA 95118410166 / 95118410166

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLE ESIGENZE DEL CLIENTE

a) Quali sono gli ambiti di protezione che vuole approfondire oggi?

Mobilità/Auto Malattia e Infortuni Tutela legale Viaggi Casa Altro (*Selezione multipla*)

b) Quali aspetti della sua vita vorrebbe proteggere?

Vita privata Ambito professionale Entrambe

c) Quale tipologia di lavoro svolge?

Dipendente Libero professionista Altro Specificare: _____

d) Quale tipo di supporto/servizio vorrebbe ricevere? (*Selezione multipla*)

- Ottemperare ad obblighi di legge
 Rimborso delle spese sostenute a seguito di un danno, sottrazione di un bene oppure per spese mediche
 Ricevere assistenza in caso di bisogno
 Proteggere il proprio patrimonio da danni causati a terzi
 Coprire rischi connessi con l'attività lavorativa
 Proteggere il proprio tenore di vita con il riconoscimento di una somma di denaro corrisposta in caso di infortunio/malattia o per ogni giorno di inabilità al lavoro

e) Quale delle due opzioni è più rappresentativa delle sue necessità?

- Proteggersi accettando scoperture sui rischi piccoli, sostenendo il pagamento di un premio più basso
 Proteggersi limitando le scoperture sui piccoli rischi, sostenendo il pagamento di un premio più alto

f) Vi sono già in essere delle coperture assicurative in corso sullo stesso rischio?

- Sì, ma desidero sottoscrivere comunque un altro prodotto
 No

Tutte le informazioni sopra riportate e fornite sono veritiere, come da dichiarazione del Contraente stesso sottoscritta nella Proposta/Modulo di polizza.

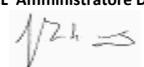
**DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO SULLA COERENZA DEL CONTRATTO
RISPETTO ALLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CLIENTE**

In considerazione delle informazioni raccolte dal cliente l'intermediario dichiara che il contratto offerto è adeguato in quanto coerente con le richieste ed esigenze del cliente/Aderente e può quindi essere stipulato.

Firma leggibile
dell'Intermediario

Luogo e Data _____



DATI CONTRATTUALI DI POLIZZA						
Polizza n.	Applicazione	Prodotto		Intermediario		
203850059	2	GARANZIA PATRIMONIO (GPT.2018.001)		AGENCY UNDERWRITING S.R.L. - AGENCY UNDERWRITING S.R.L. (1.572.0.0.0)		
Decorrenza dalle ore	Del	Frazionamento	Tacito rinnovo	Scadenza rata	Scadenza contratto	
24:00	14/09/2024	ANNUALE	NO	14/09/2025	14/09/2028	
DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE						
Cognome e Nome - Ragione sociale		Indirizzo di residenza		C.A.P.	Provincia	
I.C.S. RITA LEVI MONTALCINI		VIA FRATELLI VALENTI 6		24022	BG	
Comune di residenza		Codice fiscale / Partita IVA		Data di nascita	Sesso	
ALZANO LOMBARDO		95118410166 / 95118410166				
DATI ANAGRAFICI DEL PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE						
Cognome e Nome - Ragione sociale		Indirizzo di residenza		C.A.P.	Provincia	
Comune di residenza		Codice fiscale / Partita IVA		Data di nascita	Sesso	
		/				
DATI DELL'IMMOBILE						
Indirizzo		C.A.P.	Provincia	Comune		
VIA FRATELLI VALENTI, 6		24022	BG	ALZANO LOMBARDO		
Anno di costruzione	Tipo fabbricato		Settore		Attività	
2024	FABBRICATO AD UNICO PIANO					
GARANZIE PRESTATE						
			CAPITALE	% SCOP.	FRANC./SCOP.	IMPONIBILE
■ DIARIA			140,00			2.199,83
■ MORTE GENERICO DA INFORTUNIO			450.000,00			2.299,83
■ INVALIDITÀ PERMANENTE GENERICO			550.000,00			2.324,81
■ RIMBORSO SPESE MEDICHE GENERICO			25.000.000,00			2.249,33
■ ADB GENERICO			5.000,00			20,00
■ RC GENERICO			25.000.000,00			30,00
■ TUTELE LEGALE GENERICA			1.000.000,00			25,57
■ ASSISTENZA GENERICO			-			20,00
■ PERDITE PECUNIARIE GENERICO			7.500,00			20,00
Per gli scoperti e le franchigie previste dal contratto, se non specificatamente indicate sul presente modulo di polizza, fa fede quanto riportato sul Set Informativo che regola il presente contratto. *Nel presente documento sono elencate le sole garanzie effettivamente acquistate e operanti. Il Contraente/Assicurato può in qualsiasi momento verificare quali coperture assicurative non siano operanti, confrontando il documento di polizza con il Dip Base e il Dip Aggiuntivo ove sono invece elencate in maniera esaustiva la totalità delle garanzie previste dal prodotto o abbinabili a esso.						
PREMIO ALLA FIRMA						
Premio netto	Accessori	SSN	Imposte	Lordo		
9.189,83		-		249,67	9.439,50	
PREMIO RATE SUCCESSIVE						
Premio netto	Accessori	SSN	Imposte	Lordo		
9.189,37		-		249,66	9.439,03	
Importo detraibile €		Il premio suindicato è stato incassato/rimborsato				
		DATA ORA :				
NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A L' Amministratore Delegato		CONTRAENTE/ASSICURATO		L'INTERMEDIARIO		
						

Set del prodotto PSPUB.2021-2024.001 ED. 2024-01 ULTIMO AGGIORNAMENTO 01/03/2024

Fermo il Resto

COPERTURA PROVVISORIA N.PS/60767 DAL 14/09/2024

ASSICURAZIONE PRESTATA A NUMERO SOGGETTI COMUNICATI DA ISTITUTO:

ALUNNI ASSICURATI 824 DI CUI:

- ALUNNI A TITOLO GRATUITO COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 0
- ALUNNI PAGANTI – applicazione art 3bis - 784

OPERATORI SCOLASTICI ASSICURATI 115 DI CUI:

- OPERATORI SCOLASTICI A TITOLO GRATUITO COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 0
- OPERATORI SCOLASTICI PAGANTI - 115

CIG: B29B9C40D8

PREMIO PROCAPITE EURO 10,50 (DIECI/50) TABELLA UTILIZZATA "H"

APPENDICI:

N.1 TABELLA INVALIDITÀ PERMANENTE

N.2 APPENDICE DI PRECISAZIONE E MODIFICA AB INTERNATIONAL SRL NEW BUSINESS SCUOLE

VEDI SCHEDA ALLEGATA

Il Contraente _____

PROFILO DIGITALE

Adesione alla firma elettronica avanzata (FEA)

Premesso che:

- ho ricevuto, letto e compreso la "Scheda Tecnica Illustrativa" che descrive il sistema e le tecnologie utilizzate per il servizio della Firma Elettronica Avanzata (FEA) e le relative "Condizioni generali di servizio"
- sono stato informato della possibilità di sottoscrivere tutta la documentazione necessaria alla conclusione e gestione dei contratti tramite FEA con modalità OTP (One Time Password)
- la firma OTP è un particolare tipo di FEA apposta in presenza dell'Intermediario, che genera e invia tramite SMS una password che il firmatario utilizza per apporre la firma
- ho ricevuto, letto e compreso la "Informativa al cliente sull'uso dei suoi dati" e, all'interno di questa, anche l'informativa sull'utilizzo dei dati per l'erogazione del servizio di Firma Elettronica Avanzata
- ho ben compreso le modalità operative e gli effetti di tale modalità di sottoscrizione

dichiaro di accettare integralmente le condizioni relative all'uso del servizio di FEA e quindi di avvalermi di tale modalità di sottoscrizione per il perfezionamento e la gestione dei contratti assicurativi e, a tal fine, autorizzo NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A. a trattare i miei dati nei termini e nei modi occorrenti per poter usufruire del servizio di firma elettronica avanzata.

SI NO

Consenso al trattamento di dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679

il sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni previste dalla normativa vigente riguardanti, in particolare, i diritti riconosciutigli dalla legge e in qualità di interessato

Acconsente **Non acconsente**
 al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e dei dati sensibili da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. e dei soggetti, anche esterni a tale organizzazione, dalla stessa incaricati, nei termini di cui all'informativa, per le finalità di cui ai punti (a) e (b) del paragrafo 3., consapevole che il rifiuto potrà comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta ovvero comporterà l'impossibilità ad instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce

Acconsente **Non acconsente**
 al trattamento e alla comunicazione dei dati personali da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., delle altre società del Gruppo Nobis e dei soggetti, anche esterni a tale organizzazione, dalla stessa incaricati, nei termini di cui all'informativa, per le finalità di cui ai punti (c) e (d) del paragrafo 3.

Luogo e data: _____ L'interessato: _____

Modalità di pagamento

Ai sensi della vigente normativa, l'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.

Per effetto del **provvedimento IVASS n. 7**, emanato in data **16 Luglio 2013**, contenente disposizioni in materia di gestione dei rapporti assicurativi via web, NOBIS è lieta di informare che i Clienti che sottoscriveranno nuove polizze dal **1 Settembre 2013** potranno accedere, a partire dal **30 Ottobre 2013**, ad un'apposita area riservata denominata "**Area Clienti**", situata nella Homepage del sito internet **www.nobisassicurazioni.it** tramite la quale poter consultare la propria posizione assicurativa.

DATA **18/11/2024**

Il contraente _____

COPIA CONTRAENTE/ASSICURATO

RILEVAZIONE DELLE ESIGENZE DEL CLIENTE

ai sensi del Regolamento IVASS 40/2018

Gentile Cliente,

il presente questionario ha lo scopo di acquisire tutte le informazioni necessarie per poter valutare in modo adeguato le sue necessità e, di conseguenza, proporre polizze assicurative coerenti con i rischi che ha individuato e relativamente ai quali intende proteggersi.

PROFILO PERSONALE CONTRAENTE - ADERENTE

Cognome e nome/ragione sociale I.C.S. RITA LEVI MONTALCINI

Se persona fisica, data di nascita === età ===

sesto: femminile maschile

Codice Fiscale / Partita IVA 95118410166 / 95118410166

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLE ESIGENZE DEL CLIENTE

a) Quali sono gli ambiti di protezione che vuole approfondire oggi?

Mobilità/Auto Malattia e Infortuni Tutela legale Viaggi Casa Altro (*Selezione multipla*)

b) Quali aspetti della sua vita vorrebbe proteggere?

Vita privata Ambito professionale Entrambe

c) Quale tipologia di lavoro svolge?

Dipendente Libero professionista Altro Specificare: _____

d) Quale tipo di supporto/servizio vorrebbe ricevere? (*Selezione multipla*)

- Ottemperare ad obblighi di legge
 Rimborso delle spese sostenute a seguito di un danno, sottrazione di un bene oppure per spese mediche
 Ricevere assistenza in caso di bisogno
 Proteggere il proprio patrimonio da danni causati a terzi
 Coprire rischi connessi con l'attività lavorativa
 Proteggere il proprio tenore di vita con il riconoscimento di una somma di denaro corrisposta in caso di infortunio/malattia o per ogni giorno di inabilità al lavoro

e) Quale delle due opzioni è più rappresentativa delle sue necessità?

- Proteggersi accettando scoperture sui rischi piccoli, sostenendo il pagamento di un premio più basso
 Proteggersi limitando le scoperture sui piccoli rischi, sostenendo il pagamento di un premio più alto

f) Vi sono già in essere delle coperture assicurative in corso sullo stesso rischio?

- Sì, ma desidero sottoscrivere comunque un altro prodotto
 No

Tutte le informazioni sopra riportate e fornite sono veritiere, come da dichiarazione del Contraente stesso sottoscritta nella Proposta/Modulo di polizza.

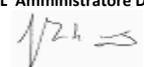
**DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO SULLA COERENZA DEL CONTRATTO
RISPETTO ALLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CLIENTE**

In considerazione delle informazioni raccolte dal cliente l'intermediario dichiara che il contratto offerto è adeguato in quanto coerente con le richieste ed esigenze del cliente/Aderente e può quindi essere stipulato.

Firma leggibile
dell'Intermediario

Luogo e Data _____



DATI CONTRATTUALI DI POLIZZA					
Polizza n.	Applicazione	Prodotto		Intermediario	
203850059	2	GARANZIA PATRIMONIO (GPT.2018.001)		AGENCY UNDERWRITING S.R.L. - AGENCY UNDERWRITING S.R.L. (1.572.0.0.0)	
Decorrenza dalle ore	Del	Frazionamento	Tacito rinnovo	Scadenza rata	Scadenza contratto
24:00	14/09/2024	ANNUALE	NO	14/09/2025	14/09/2028
DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE					
Cognome e Nome - Ragione sociale		Indirizzo di residenza		C.A.P.	Provincia
I.C.S. RITA LEVI MONTALCINI		VIA FRATELLI VALENTI 6		24022	BG
Comune di residenza		Codice fiscale / Partita IVA		Data di nascita	Sesso
ALZANO LOMBARDO		95118410166 / 95118410166			
DATI ANAGRAFICI DEL PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE					
Cognome e Nome - Ragione sociale		Indirizzo di residenza		C.A.P.	Provincia
Comune di residenza		Codice fiscale / Partita IVA		Data di nascita	Sesso
		/			
DATI DELL'IMMOBILE					
Indirizzo		C.A.P.	Provincia	Comune	
VIA FRATELLI VALENTI, 6		24022	BG	ALZANO LOMBARDO	
Anno di costruzione	Tipo fabbricato	Settore		Attività	
2024	FABBRICATO AD UNICO PIANO				
GARANZIE PRESTATE					
			CAPITALE	% SCOP.	FRANC./SCOP.
■ DIARIA			140,00		2.199,83
■ MORTE GENERICO DA INFORTUNIO			450.000,00		2.299,83
■ INVALIDITÀ PERMANENTE GENERICO			550.000,00		2.324,81
■ RIMBORSO SPESE MEDICHE GENERICO			25.000.000,00		2.249,33
■ ADB GENERICO			5.000,00		20,00
■ RC GENERICO			25.000.000,00		30,00
■ TUTELE LEGALE GENERICA			1.000.000,00		25,57
■ ASSISTENZA GENERICO			-		20,00
■ PERDITE PECUNIARIE GENERICO			7.500,00		20,00
Per gli scoperti e le franchigie previste dal contratto, se non specificatamente indicate sul presente modulo di polizza, fa fede quanto riportato sul Set Informativo che regola il presente contratto. *Nel presente documento sono elencate le sole garanzie effettivamente acquistate e operanti. Il Contraente/Assicurato può in qualsiasi momento verificare quali coperture assicurative non siano operanti, confrontando il documento di polizza con il Dip Base e il Dip Aggiuntivo ove sono invece elencate in maniera esaustiva la totalità delle garanzie previste dal prodotto o abbinabili a esso.					
PREMIO ALLA FIRMA					
Premio netto	Accessori	SSN	Imposte	Lordo	
9.189,83		-		249,67	9.439,50
PREMIO RATE SUCCESSIVE					
Premio netto	Accessori	SSN	Imposte	Lordo	
9.189,37		-		249,66	9.439,03
Importo detraibile €		Il premio suindicato è stato incassato/rimborsato			
		DATA ORA :			
NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A L' Amministratore Delegato 		CONTRAENTE/ASSICURATO		L'INTERMEDIARIO	

Set del prodotto PSPUB.2021-2024.001 ED. 2024-01 ULTIMO AGGIORNAMENTO 01/03/2024

Fermo il Resto

COPERTURA PROVVISORIA N.PS/60767 DAL 14/09/2024

ASSICURAZIONE PRESTATATA A NUMERO SOGGETTI COMUNICATI DA ISTITUTO:

ALUNNI ASSICURATI 824 DI CUI:

- ALUNNI A TITOLO GRATUITO COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 0
- ALUNNI PAGANTI – applicazione art 3bis - 784

OPERATORI SCOLASTICI ASSICURATI 115 DI CUI:

- OPERATORI SCOLASTICI A TITOLO GRATUITO COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 0
- OPERATORI SCOLASTICI PAGANTI - 115

CIG: B29B9C40D8

PREMIO PROCAPITE EURO 10,50 (DIECI/50) TABELLA UTILIZZATA "H"

APPENDICI:

N.1 TABELLA INVALIDITÀ PERMANENTE

N.2 APPENDICE DI PRECISAZIONE E MODIFICA AB INTERNATIONAL SRL NEW BUSINESS SCUOLE

VEDI SCHEDA ALLEGATA

Il Contraente _____

PROFILO DIGITALE

Adesione alla firma elettronica avanzata (FEA)

Premesso che:

- ho ricevuto, letto e compreso la "Scheda Tecnica Illustrativa" che descrive il sistema e le tecnologie utilizzate per il servizio della Firma Elettronica Avanzata (FEA) e le relative "Condizioni generali di servizio"
- sono stato informato della possibilità di sottoscrivere tutta la documentazione necessaria alla conclusione e gestione dei contratti tramite FEA con modalità OTP (One Time Password)
- la firma OTP è un particolare tipo di FEA apposta in presenza dell'Intermediario, che genera e invia tramite SMS una password che il firmatario utilizza per apporre la firma
- ho ricevuto, letto e compreso la "Informativa al cliente sull'uso dei suoi dati" e, all'interno di questa, anche l'informativa sull'utilizzo dei dati per l'erogazione del servizio di Firma Elettronica Avanzata
- ho ben compreso le modalità operative e gli effetti di tale modalità di sottoscrizione

dichiaro di accettare integralmente le condizioni relative all'uso del servizio di FEA e quindi di avvalermi di tale modalità di sottoscrizione per il perfezionamento e la gestione dei contratti assicurativi e, a tal fine, autorizzo NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A. a trattare i miei dati nei termini e nei modi occorrenti per poter usufruire del servizio di firma elettronica avanzata.

SI NO

Consenso al trattamento di dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679

il sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni previste dalla normativa vigente riguardanti, in particolare, i diritti riconosciuti dalla legge e in qualità di interessato

Acconsente **Non acconsente**

al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e dei dati sensibili da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. e dei soggetti, anche esterni a tale organizzazione, dalla stessa incaricati, nei termini di cui all'informativa, per le finalità di cui ai punti (a) e (b) del paragrafo 3., consapevole che il rifiuto potrà comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta ovvero comporterà l'impossibilità ad instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce

Acconsente **Non acconsente**

al trattamento e alla comunicazione dei dati personali da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., delle altre società del Gruppo Nobis e dei soggetti, anche esterni a tale organizzazione, dalla stessa incaricati, nei termini di cui all'informativa, per le finalità di cui ai punti (c) e (d) del paragrafo 3.

Luogo e data: _____

L'interessato: _____

Modalità di pagamento

Ai sensi della vigente normativa, l'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.

Per effetto del **provvedimento IVASS n. 7**, emanato in data **16 Luglio 2013**, contenente disposizioni in materia di gestione dei rapporti assicurativi via web, NOBIS è lieta di informare che i Clienti che sottoscriveranno nuove polizze dal **1 Settembre 2013** potranno accedere, a partire dal **30 Ottobre 2013**, ad un'apposita area riservata denominata **"Area Clienti"**, situata nella Homepage del sito internet **www.nobisassicurazioni.it** tramite la quale poter consultare la propria posizione assicurativa.

DATA **18/11/2024**

Il contraente _____

RILEVAZIONE DELLE ESIGENZE DEL CLIENTE

ai sensi del Regolamento IVASS 40/2018

Gentile Cliente,

il presente questionario ha lo scopo di acquisire tutte le informazioni necessarie per poter valutare in modo adeguato le sue necessità e, di conseguenza, proporle polizze assicurative coerenti con i rischi che ha individuato e relativamente ai quali intende proteggersi.

PROFILO PERSONALE CONTRAENTE - ADERENTE

Cognome e nome/ragione sociale I.C.S. RITA LEVI MONTALCINI

Se persona fisica, data di nascita === età ===

sesto: femminile maschile

Codice Fiscale / Partita IVA 95118410166 / 95118410166

QUESTIONARIO PER LA RILEVAZIONE DELLE ESIGENZE DEL CLIENTE

a) Quali sono gli ambiti di protezione che vuole approfondire oggi?

Mobilità/Auto Malattia e Infortuni Tutela legale Viaggi Casa Altro (*Selezione multipla*)

b) Quali aspetti della sua vita vorrebbe proteggere?

Vita privata Ambito professionale Entrambe

c) Quale tipologia di lavoro svolge?

Dipendente Libero professionista Altro Specificare: _____

d) Quale tipo di supporto/servizio vorrebbe ricevere? (*Selezione multipla*)

- Ottemperare ad obblighi di legge
- Rimborso delle spese sostenute a seguito di un danno, sottrazione di un bene oppure per spese mediche
- Ricevere assistenza in caso di bisogno
- Proteggere il proprio patrimonio da danni causati a terzi
- Coprire rischi connessi con l'attività lavorativa
- Proteggere il proprio tenore di vita con il riconoscimento di una somma di denaro corrisposta in caso di infortunio/malattia o per ogni giorno di inabilità al lavoro

e) Quale delle due opzioni è più rappresentativa delle sue necessità?

- Proteggersi accettando scoperture sui rischi piccoli, sostenendo il pagamento di un premio più basso
- Proteggersi limitando le scoperture sui piccoli rischi, sostenendo il pagamento di un premio più alto

f) Vi sono già in essere delle coperture assicurative in corso sullo stesso rischio?

- Sì, ma desidero sottoscrivere comunque un altro prodotto
- No

Tutte le informazioni sopra riportate e fornite sono veritiere, come da dichiarazione del Contraente stesso sottoscritta nella Proposta/Modulo di polizza.

**DICHIARAZIONE DELL'INTERMEDIARIO SULLA COERENZA DEL CONTRATTO
RISPETTO ALLE RICHIESTE ED ESIGENZE DEL CLIENTE**

In considerazione delle informazioni raccolte dal cliente l'intermediario dichiara che il contratto offerto è adeguato in quanto coerente con le richieste ed esigenze del cliente/Aderente e può quindi essere stipulato.

Firma leggibile
dell'Intermediario

Luogo e Data _____



DATI CONTRATTUALI DI POLIZZA						
Polizza n.	Applicazione	Prodotto			Intermediario	
203850059	2	GARANZIA PATRIMONIO (GPT.2018.001)			AGENCY UNDERWRITING S.R.L. - AGENCY UNDERWRITING S.R.L. (1.572.0.0.0)	
Decorrenza dalle ore	Del	Frazionamento	Tacito rinnovo	Scadenza rata	Scadenza contratto	
24:00	14/09/2024	ANNUALE	NO	14/09/2025	14/09/2028	
DATI ANAGRAFICI DEL CONTRAENTE						
Cognome e Nome - Ragione sociale		Indirizzo di residenza		C.A.P.	Provincia	
I.C.S. RITA LEVI MONTALCINI		VIA FRATELLI VALENTI 6		24022	BG	
Comune di residenza		Codice fiscale / Partita IVA		Data di nascita	Sesso	
ALZANO LOMBARDO		95118410166 / 95118410166				
DATI ANAGRAFICI DEL PROPRIETARIO DELL'IMMOBILE						
Cognome e Nome - Ragione sociale		Indirizzo di residenza		C.A.P.	Provincia	
Comune di residenza		Codice fiscale / Partita IVA		Data di nascita	Sesso	
		/				
DATI DELL'IMMOBILE						
Indirizzo		C.A.P.	Provincia	Comune		
VIA FRATELLI VALENTI, 6		24022	BG	ALZANO LOMBARDO		
Anno di costruzione	Tipo fabbricato	Settore		Attività		
2024	FABBRICATO AD UNICO PIANO					
GARANZIE PRESTATE						
				CAPITALE	% SCOP.	FRANC./SCOP.
■ DIARIA				140,00		2.199,83
■ MORTE GENERICO DA INFORTUNIO				450.000,00		2.299,83
■ INVALIDITÀ PERMANENTE GENERICO				550.000,00		2.324,81
■ RIMBORSO SPESE MEDICHE GENERICO				25.000.000,00		2.249,33
■ ADB GENERICO				5.000,00		20,00
■ RC GENERICO				25.000.000,00		30,00
■ TUTELE LEGALE GENERICA				1.000.000,00		25,57
■ ASSISTENZA GENERICO				-		20,00
■ PERDITE PECUNIARIE GENERICO				7.500,00		20,00
<small>*Per gli scoperti e le franchigie previste dal contratto, se non specificatamente indicate sul presente modulo di polizza, fa fede quanto riportato sul Set Informativo che regola il presente contratto*. *Nel presente documento sono elencate le sole garanzie effettivamente acquistate e operanti. Il Contraente/Assicurato può in qualsiasi momento verificare quali coperture assicurative non siano operanti, confrontando il documento di polizza con i Dip Base e il Dip Aggiuntivo ove sono invece elencate in maniera esaustiva la totalità delle garanzie previste dal prodotto o abbinabili a esso.</small>						
PREMIO ALLA FIRMA						
Premio netto	Accessori	SSN	Imposte	Lordo		
9.189,83	-	-	-	249,67	9.439,50	
PREMIO RATE SUCCESSIVE						
Premio netto	Accessori	SSN	Imposte	Lordo		
9.189,37	-	-	-	249,66	9.439,03	
Importo detraibile €			Il premio suindicato è stato incassato/rimborsato			
			DATA ORA :			
NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A L' Amministratore Delegato		CONTRAENTE/ASSICURATO		L'INTERMEDIARIO		
						

Set del prodotto PSPUB.2021-2024.001 ED. 2024-01 ULTIMO AGGIORNAMENTO 01/03/2024

Fermo il Resto

COPERTURA PROVVISORIA N.PS/60767 DAL 14/09/2024

ASSICURAZIONE PRESTATATA A NUMERO SOGGETTI COMUNICATI DA ISTITUTO:

ALUNNI ASSICURATI 824 DI CUI:

- ALUNNI A TITOLO GRATUITO COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 0
- ALUNNI PAGANTI – applicazione art 3bis - 784

OPERATORI SCOLASTICI ASSICURATI 115 DI CUI:

- OPERATORI SCOLASTICI A TITOLO GRATUITO COME DA CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE 0
- OPERATORI SCOLASTICI PAGANTI - 115

CIG: B29B9C40D8

PREMIO PROCAPITE EURO 10,50 (DIECI/50) TABELLA UTILIZZATA “H”

APPENDICI:

N.1 TABELLA INVALIDITÀ PERMANENTE

N.2 APPENDICE DI PRECISAZIONE E MODIFICA AB INTERNATIONAL SRL NEW BUSINESS SCUOLE

VEDI SCHEDA ALLEGATA

Il Contraente _____

PROFILO DIGITALE

Adesione alla firma elettronica avanzata (FEA)

Premesso che:

- ho ricevuto, letto e compreso la "Scheda Tecnica Illustrativa" che descrive il sistema e le tecnologie utilizzate per il servizio della Firma Elettronica Avanzata (FEA) e le relative "Condizioni generali di servizio"
- sono stato informato della possibilità di sottoscrivere tutta la documentazione necessaria alla conclusione e gestione dei contratti tramite FEA con modalità OTP (One Time Password)
- la firma OTP è un particolare tipo di FEA apposta in presenza dell'Intermediario, che genera e invia tramite SMS una password che il firmatario utilizza per apporre la firma
- ho ricevuto, letto e compreso la "Informativa al cliente sull'uso dei suoi dati" e, all'interno di questa, anche l'informativa sull'utilizzo dei dati per l'erogazione del servizio di Firma Elettronica Avanzata
- ho ben compreso le modalità operative e gli effetti di tale modalità di sottoscrizione

dichiaro di accettare integralmente le condizioni relative all'uso del servizio di FEA e quindi di avvalermi di tale modalità di sottoscrizione per il perfezionamento e la gestione dei contratti assicurativi e, a tal fine, autorizzo NOBIS Compagnia di Assicurazioni S.p.A. a trattare i miei dati nei termini e nei modi occorrenti per poter usufruire del servizio di firma elettronica avanzata.

SI NO

Consenso al trattamento di dati personali e sensibili ai sensi del Regolamento UE 2016/679

il sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni previste dalla normativa vigente riguardanti, in particolare, i diritti riconosciutigli dalla legge e in qualità di interessato

Acconsente Non acconsente

al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e dei dati sensibili da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A. e dei soggetti, anche esterni a tale organizzazione, dalla stessa incaricati, nei termini di cui all'informativa, per le finalità di cui ai punti (a) e (b) del paragrafo 3., consapevole che il rifiuto potrà comportare l'impossibilità per la Compagnia di eseguire la prestazione richiesta ovvero comporterà l'impossibilità ad instaurare o proseguire il rapporto contrattuale al quale la presente informativa si riferisce

Acconsente Non acconsente

al trattamento e alla comunicazione dei dati personali da parte di Nobis Compagnia di Assicurazioni S.p.A., delle altre società del Gruppo Nobis e dei soggetti, anche esterni a tale organizzazione, dalla stessa incaricati, nei termini di cui all'informativa, per le finalità di cui ai punti (c) e (d) del paragrafo 3.

Luogo e data: _____

L'interessato: _____

Modalità di pagamento

Ai sensi della vigente normativa, l'Impresa accetterà il pagamento del premio a mezzo bonifico, assegno bancario/circolare, contanti nei limiti delle norme valutarie, di quanto previsto dal Regolamento IVASS n. 40 ed ogni altro mezzo conforme alle vigenti norme accettate dall'eventuale intermediario comunque inteso.

Per effetto del **provvedimento IVASS n. 7**, emanato in data **16 Luglio 2013**, contenente disposizioni in materia di gestione dei rapporti assicurativi via web, NOBIS è lieta di informare che i Clienti che sottoscriveranno nuove polizze dal **1 Settembre 2013** potranno accedere, a partire dal **30 Ottobre 2013**, ad un'apposita area riservata denominata "**Area Clienti**", situata nella Homepage del sito internet **www.nobisassicurazioni.it** tramite la quale poter consultare la propria posizione assicurativa.

DATA 18/11/2024

Il contraente _____