



1031

**Polizza
INFORTUNI**

UNDER 18 SS 26.27

1 003 00000 00202139956

AGENZIA PRATO		NUMERO ARCHIVIO 202139956									
COD. AG.	COD. SUBAG	RAMO	NUMERO POLIZZA	N. ARCH. AG.	PRODOTTO	CLASSE	ESERCIZIO	R. PR.	GRUPPI	D.P.	INDICE (TIPO E NUMERO)
1/39547	521	77	216826093		1031	14	2026	1	0	0	
EFFETTO POLIZZA		SCADENZA POLIZZA		SCADENZA PRIMA RATA		CODICE RATEAZIONE		DATA EMISSIONE		SCADENZA VINCOLO	
09/09/2026		09/09/2027		09/03/2027		2		09/09/2026		SEMESTRALE	
CONVENZIONE				COD. CONV.	PRODUTTORE	ZONA	CODICI TIPO CLIENTE			CODICE PAG.	
							2400			921	
CONTRAENTE / ASSICURATO										CODICE FISCALE / PARTITA IVA	
RUGBY CLUB CAVALIERI S.S.D.R.L. - VIALE DELLA REPUBBLICA, 159 - 59100 PRATO PO										02656260979	
PROV. RISCHIO PO COMBINAZIONE											
9	80	20380	20382	20397	20401	20402	20407	20408	20435	20597	

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			
INFORTUNI: MORTE			
INVALIDITÀ PERMANENTE			
INABILITÀ TEMPORANEA (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG. (2) TASSO X EURO	
RIMBORSO SPESE SANITARIE (PER ANNO ASSICURATO)			
RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)		FRANCHIGIA GG.	
MALATTIA: RICOVERO OSPEDALIERO (PER OGNI GIORNO)			

GRUPPO 2

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

TOTALE PREMIO ANNUO TASSABILE

(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:

* Premio per Morte e Invalidità Permanente (vigente art. 15 comma 1 lett. F) del D.P.R. 917/86) euro 1.191,77.

Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il Contraente dichiara:

- ✓ di aver ricevuto dal distributore, prima della sottoscrizione della presente Polizza, il "Modulo unico precontrattuale (MUP) per i prodotti assicurativi"
- ✓ 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)
- ✓ 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
- ✓ 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:

- ✓ 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
- ✓ 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:

Art. 1.8 - Recesso in caso di sinistro
 Art. 1.9 - Altre assicurazioni
 Art. 1.10 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
 Art. 1.11 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione
 Art. 2.1 - Obblighi in caso di sinistro
 Art. 2.2 - Condizioni patologiche preesistenti - criteri di indennizzabilità

Art. 2.4 - Liquidazione ai beneficiari per la morte dell'Assicurato
 Art. 2.13 - Arbitrato irrituale
 Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo
 Art. 3.7 - Estensioni - lettera b) infortuni determinati da calamità naturali
 Condizione Particolare cod. 80 - Regolazione del premio

IL CONTRAENTE

Polizza emessa il 09/09/2026

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 semestrale

09/09/2026

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

1_1031_SKP 39547 77 216826093 09/09/2026 15-16-10 PTF RE

Pagina 2 di 2

COPIA PER IL CONTRAENTE

**Allegato a polizza
INFORTUNI**NUMERO POLIZZA
AGENZIA1/39547/77/216826093
PRATO

CODICE SUBAGENZIA

521

Contraente/Assicurato RUGBY CLUB CAVALIERI S.S.D.R.L.
Domicilio VIALE DELLA REPUBBLICA, 159 - 59100 PRATO - PO
Partita IVA 02656260979

CONDIZIONI PARTICOLARI E CLAUSOLE

9 - FRANCHIGIA ASSOLUTA SULLA INVALIDITA' PERMANENTE

80 - REGOLAZIONE DEL PREMIO

20380 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che ha in corso o che stipulasse con altre Compagnie, fermo restando l'obbligo di avviso in caso di sinistro a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910, comma 3, del Codice Civile.

20382 - ESONERO DENUNCIA INFERMITA' PREESISTENTI

Il Contraente è esonerato dall'obbligo di denunciare le infermità di cui i singoli Assicurati fossero affetti al momento della stipulazione della presente polizza o che dovessero sopravvenire, fermo restando il disposto dell'articolo inerente ai criteri di indennizzabilità.

20397 - IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSICURATI - REGISTRI DEL CONTRAENTE

Per l'identificazione degli Assicurati, si farà riferimento ai registri del Contraente che questi si impegna ad esibire in qualsiasi momento alle persone incaricate dalla Società di effettuare accertamenti e controlli, insieme ad ogni altro documento probatorio in suo possesso.

Le persone che non fossero regolarmente iscritte nei registri si riterranno non comprese nell'assicurazione.

20401 - GARANZIE PRESTATE E SOMME ASSICURATE PRO-CAPITE

Si riepilogano di seguito le garanzie e le somme assicurate pro-capite:

- Morte € 10.000
- Invalidità Permanente € 50.000,00
- Indennità per ricovero da infortunio € 0
- Rimborso Spese Mediche € 4.000

20402 - CALCOLO DEL PREMIO

Il Premio di polizza viene calcolato come di seguito indicato:

- Numero teste

Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni
Unipol Assicurazioni

1031

**Allegato a polizza
INFORTUNI**NUMERO POLIZZA
AGENZIA1/39547/77/216826093
PRATO

CODICE SUBAGENZIA

521

20407 - LIMITE CATASTROFALE

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.14 - Limite di indennizzo per sinistro collettivo, nel caso di un unico evento che provochi l'infortunio di più persone assicurate con la presente polizza, l'esborso massimo complessivo a carico della Società non potrà comunque superare l'importo di 1.000.000,00 EURO. Qualora gli Indennizzi liquidabili ai sensi di Polizza eccedano nel loro complesso tale importo, gli stessi verranno proporzionalmente ridotti.

20408 - ESCLUSIONE TACITA PROROGA

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 1.10 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione, il presente contratto cesserà alla sua naturale scadenza senza prorogarsi tacitamente in assenza di disdetta.

20435 - POLIZZA INFORTUNI ASSOCIAZIONI SPORTIVE DILETTANTISTICHE

La Società si obbliga ad indennizzare - nei limiti delle somme convenute - gli infortuni occorsi ai tesserati/associati della Contraente, esclusivamente durante la pratica delle seguenti attività sportive:

- rugby under 18

a condizione che gli Assicurati non percepiscano alcuna forma di remunerazione economica salvo che si tratti di premi non in denaro e rimborsi di spese sostenute.

La copertura viene prestata durante:

- la partecipazione a gare di campionato o tornei amichevoli svolti dalla Contraente;
- la partecipazione agli allenamenti di squadra;
- la permanenza nei locali della sede della Contraente e nell'impianto sportivo ove si effettuano gli allenamenti e le gare;
- durante l'uso, in qualità di trasportato, degli ordinari mezzi di locomozione e di trasporto terrestri per i trasferimenti ai luoghi degli eventi, a condizione che il trasporto sia organizzato dalla Contraente con uso di pullman e pulmini.

20597 - SCOPERTO CON MINIMO NON INDENNIZZABILE

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art. 2.10 - Liquidazione del rimborso spese mediche da infortunio e relativa franchigia, la garanzia Rimborso Spese Mediche viene prestata con applicazione di uno scoperto del 10,00% con il minimo non indennizzabile di 150,00 EURO.



1031

Allegato testo aggiuntivo

1 003 00000 00202139956

NUMERO POLIZZA
AGENZIA1/39547/77/216826093
PRATO

CODICE SUBAGENZIA 521

Contraente/Assicurato
Domicilio
Partita IVARUGBY CLUB CAVALIERI S.S.D.R.L.
VIALE DELLA REPUBBLICA, 159 - 59100 PRATO - PO
02656260979clausola 2043 **IMPORTO MASSIMO RIMBORSABILE PER PRESTAZIONI SPECIFICHE**

A parziale deroga di quanto previsto dall'Art.3.9-Garanzie Prestate, relativamente alle prestazioni fisioterapiche, la garanzia Rimborso Spese Mediche viene prestata sino ad un massimo di 500,00 Euro.

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 3.385.292.408,03 - 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

UNI_ALL_AGG 39547 77 216826093 09/09/2026 15-16-10 PTF RE

Pagina 1 di 1

COPIA PER IL CONTRAENTE