



**Rimborso spese sanitarie da malattia e da infortuni**

**POLIZZA DI ASSICURAZIONE - APPENDICE DI RINNOVO**

|                                       |                                  |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Intermediario <b>ON SALUTE S.R.L.</b> | Numero polizza <b>0031013149</b> |
| Convenzione <b>TESTO SPECIFICO</b>    | Tacito rinnovo <b>SI</b>         |
| Sostituisce polizza                   | Ramo <b>MALATTIA</b>             |

|   |  |
|---|--|
| <b>CONTRAENTE</b>   |  |
| Ragione sociale <b>ACCADEMIA ADRIANEA DI ARCHITETTURA E ARCHEOLOGIA ONLUS</b> |  |
| C.F./ Partita IVA <b>97450580580</b>  |  |
| Indirizzo <b>VIA DELLA GATTA 6 00186 ROMA (RM)</b>                            |  |

|   |  |
|---|--|
| <b>ASSOCIATO</b>  |  |
| Ragione sociale <b>ACCADEMIA ADRIANEA DI ARCHITETTURA E ARCHEOLOGIA ONLUS</b> |  |
| C.F./ Partita IVA <b>97450580580</b>  |  |
| Indirizzo <b>VIA DELLA GATTA 6 00186 ROMA (RM)</b>                            |  |

|                                     |                  |                                    |                                   |                   |  |
|-------------------------------------|------------------|------------------------------------|-----------------------------------|-------------------|--|
| <b>DATI TECNICI</b>                 |                  |                                    |                                   |                   |  |
| Decorrenza - Data <b>21/08/2021</b> | Ora <b>00:00</b> | Durata in giorni <b>360</b>        | Scadenza - Data <b>21/08/2022</b> | Ora <b>00:00</b>  |  |
| Frazionamento <b>ANNUALE</b>        |                  | Numero teste assicurate <b>522</b> | Numero nuclei <b>164</b>          |                   |  |
| Premio netto totale di polizza €    | <b>5.136,00</b>  | Premio netto alla firma €          | <b>5.136,00</b>                   |                   |  |
| Accessori totali di polizza €       | <b>0,00</b>      | Accessori alla firma €             | <b>0,00</b>                       |                   |  |
| Imposte totali di polizza €         | <b>128,40</b>    | Imposte alla firma €               | <b>128,40</b>                     |                   |  |
| Premio lordo totale di polizza €    | <b>5.264,40</b>  | Premio lordo alla firma €          | <b>5.264,40</b>                   | <b>21/08/2021</b> |  |
|                                     |                  | Rata successiva €                  | <b>*</b>                          | <b>*</b>          |  |

**MEZZI DI PAGAMENTO CONSENTITI DALLA COMPAGNIA**  
Il pagamento del premio può essere effettuato presso l'Intermediario o la Compagnia tramite bonifico bancario.

**AVVERTENZA**  
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, secondo quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice civile.

**QUESTIONARIO SANITARIO: AVVERTENZA**  
Ove prevista la compilazione del questionario sanitario, il soggetto legittimato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario prima della sottoscrizione.

**DICHIARAZIONE DEI CONTRAENTI - INFORMATIVA**  
I contraenti dichiarano di aver ricevuto e preso visione, prima della sottoscrizione del presente contratto, del relativo set informativo, composto da DIP, DIP Aggiuntivo e Condizioni di Assicurazione comprensive di Glossario **MOD.AP F12201 - 08/2021**, nonché dell'Informativa Privacy **MOD. AP PRY 0002 - ED. 05/2020** allegata.

*[Firma]*  
Contraente

**DICHIARAZIONE DEI CONTRAENTI - SPECIFICA APPROVAZIONE DI CONDIZIONI**  
Ai sensi dell'art. 1341 del Codice civile, i contraenti dichiarano di aver preso conoscenza delle Condizioni di Assicurazione **MOD.AP F12201 - 08/2021** e di approvare specificamente le disposizioni dei seguenti articoli: Art. 9 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Questionario sanitario; Art. 10 Altre assicurazioni/coperture; Art. 11 Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del Premio - Anagrafica; Art. 12 Variazione delle persone assicurate - Regolazione del premio; Art. 14 Forma delle comunicazioni; Art. 19 Foro competente; Art. 24 Esclusioni; Art. 25 Persone non assicurabili; Art. 26 Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni. Dichiarano inoltre di aver preso conoscenza della Side Letter e di approvare specificamente le disposizioni dell'Art. 11 Tacito Rinnovo.

*[Firma]*  
Contraente

L'incaricato dà atto di incassare € 5.264,40, di cui imposte € 128,40.

Luogo, Mestre

Data 27/12/2021

*[Firma]*  
Contraente

**ACCADEMIA ADRIANEA**  
ARCHITETTURA ARCHEOLOGIA ONLUS  
Via della Gatta 6 - 00186 Roma  
C.F. 97450580580  
P.IVA 14065691009

*[Firma]*  
Marco Vecchietti  
Amministratore Delegato e Direttore Generale  
Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.